

ANNALES  
DES MALADIES  
DE L'OREILLE, DU LARYNX  
DU NEZ ET DU PHARYNX

—————  
SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE BUSSIÈRE  
—————

# ANNALES

## DES MALADIES

# DE L'OREILLE, DU LARYNX

## DU NEZ ET DU PHARYNX

*Directeurs :*

**M. LERMOYEZ**

Médecin des hôpitaux de Paris  
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie  
de  
l'hôpital Saint-Antoine

**P. SEBILEAU**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine  
Chirurgien des hôpitaux de Paris  
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie  
de l'hôpital Lariboisière

**E. LOMBARD**

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris

*Secrétaires de la rédaction :*

**H. BOURGEOIS**

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris

**H. CABOCHE**

Ancien interne des hôpitaux de Paris  
Ancien assistant du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Lariboisière

Les ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX paraissent *tous les mois* et forment chaque année un volume in-8°.

Abonnements : France, **20** francs ; Union Postale, **25** francs.  
— Chacun des volumes des années 1875 à 1905 est vendu séparément **15** francs, moins les années 1886, 1891, 1892 qui ne se vendent qu'avec la collection complète.

Il existe encore quelques collections complètes de ces 31 années au prix de **465** francs.

En retranchant les années 1886, 1891, 1892, le prix est de **360** francs.

**Prix du numéro 2 francs.**

Les publications périodiques ainsi que les communications destinées à la Rédaction doivent être adressées à M. le Dr E. LOMBARD, 49, rue de Rome, VIII<sup>e</sup>, Paris.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé à MM. MASSON et C<sup>ie</sup>, 120, boulevard Saint-Germain, Paris

**TOME XXXIII — 1907**

PREMIÈRE PARTIE

**PARIS**

**MASSON & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS**

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, VI.

1907





ANNALES  
DES MALADIES DE  
**L'OREILLE, DU LARYNX**  
**DU NEZ ET DU PHARYNX**

---

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

LA CONTAGION DE L'OZÈNE (1)

Par Marcel LERMOYEZ

Voici quelques faits que j'ai observés :

1° Une femme de 40 ans est nettement atteinte d'accidents syphilitiques, pour lesquels je la soigne assez irrégulièrement. Au bout de deux ans, elle m'amène un jour sa fille ; je constate que celle-ci, vis-à-vis de laquelle la mère n'a pris aucune précaution, est également contaminée.

2° Une jeune femme de 25 ans m'est conduite par son mari médecin, qui lui a découvert une gomme du nez : la syphilis remonte à plus de dix ans, d'ailleurs insoupçonnée. Quelques semaines plus tard, je constate la même maladie chez son frère, qu'elle paraît avoir contaminé vers l'âge de 15 ans, dans la promiscuité insouciantes des jeux.

(1) Travail paru dans le *Festschrift* du professeur B. FRAENKEL : in *Berliner Klin. Wochenschrift*, 19 novembre 1906.

3° Un homme de 23 ans vient me consulter pour une syphilis dont le début remonte à huit années environ. Ignorant la nature de son mal, il vit depuis longtemps avec un de ses frères, sans souci d'aucune précaution. Je fais venir ce dernier, et je constate qu'il a été fraternellement syphilisé vers l'âge de 13 ans.

4° Un garçon de 11 ans partage les jeux de sa sœur, infectée de syphilis depuis plusieurs années. Des accidents nasopharyngés de syphilis acquise ont paru chez lui, il y a deux ans.

5° Une fillette de 18 mois est soignée depuis sa naissance par une servante syphilitique : elles ont chambre et objets communs. Vers l'âge de 15 mois, apparaît chez l'enfant une cachexie à marche rapide. Je constate peu après, chez elle, une syphilis maligne, insoupçonnée.

6° Une de mes malades d'hôpital, couverte de syphilides érosives, épouse un jeune homme sain. Quelques mois plus tard, celui-ci en est infecté. L'année suivante naît un enfant syphilitique.

*Ces observations prouvent évidemment que la syphilis est une maladie contagieuse.*

\*  
\*\*

Ce qui précède n'excitera sans doute aucun étonnement.

Peut-être me dira-t-on qu'il n'était pas besoin de mes banales observations, pour proclamer une vérité depuis longtemps tombée dans le domaine public. Evidemment, j'enfonce une porte ouverte. Eh bien ! non. Cela n'est pas. Peut-être ma façon de procéder convient-elle mieux à la diplomatie qu'à la science : mais, en agissant ainsi, j'ai pensé mieux servir celle-ci. J'en demande infiniment pardon aux lecteurs que je viens de tromper ; mes observations sont falsifiées. Les malades dont j'ai rapporté l'histoire n'étaient point du tout atteints de syphilis : c'étaient des ozéneux, tout simplement.

Et maintenant, voici les faits sous leur jour véritable :

1° Une femme de 40 ans est nettement atteinte d'ozène très ancien, pour lequel je la soigne irrégulièrement. Dès sa jeu-

nesse, elle a mouché des croûtes fétides ; et, aujourd'hui encore, elle ne peut masquer sa cacosmie que par d'abondantes irrigations nasales. Les cornets inférieurs ont à peu près disparu. La pituitaire est pâle, rétractée, mais demeure humide, grâce aux soins incessants du nez. — Au bout de deux ans, elle m'amène un jour sa fille, âgée d'une vingtaine d'années. Peu attentive, elle vit en promiscuité avec celle-ci, sans précautions, sans propreté, usant des mêmes objets de toilette, lui prêtant ses mouchoirs. Depuis quelques années, cette jeune fille a perdu l'odorat et mouche des croûtes, dont la mère, également anosmique, a longtemps ignoré la fétidité. Chez elle existent aujourd'hui à l'intérieur du nez les lésions atrophiques sèches caractéristiques de l'ozène ; extérieurement, pas de déformation : c'est le nez mince et busqué d'une juive, au milieu d'un visage leptoprosope.

2° Une jeune femme de 25 ans m'est conduite par son mari, médecin, qui se plaint de la fétidité de sa respiration. Elle porte, en effet, un ozène dont le début remonte à plus de dix ans, et qui était dissimulé par une toilette méticuleuse. Extérieurement, le nez n'est nullement platyrrhinien. Intérieurement, on voit de larges fosses nasales ozéneuses typiques, dont la muqueuse demeure sèche et pulvérulente, malgré les lavages. En outre, pharyngolaryngite sèche. — Quelques semaines plus tard, je constate la même maladie chez son frère, qu'elle paraît avoir contaminé vers l'âge de 15 ans, dans la promiscuité insouciant des jeux. Celui-ci mouche aujourd'hui des croûtes fétides, sortant d'un antre nasal croûteux et béant. Cependant le nez extérieur est long, mince, pointu.

3° Un homme de 23 ans vient me consulter pour un ozène rhino-pharyngien trachéal, peu croûteux mais très odorant, dont le début remonte à huit années environ. Ignorant les dangers de sa maladie, il vit depuis longtemps avec un de ses frères, sans souci d'aucune précaution. — Je fais venir ce dernier, et je constate qu'il est ozéneux depuis l'âge de 13 ans. Ce n'est que trois ou quatre ans après le début de la maladie de son frère aîné, qu'il a commencé à moucher des paquets de croûtes fétides, en même temps qu'il perdait l'odorat.

4° Un garçon de 11 ans partage les jeux de sa sœur, plus

Agée que lui d'un an, et infectée depuis son enfance d'un ozène typique non traité. Des accidents naso-pharyngiens ont apparu chez lui, il y a deux ans : il a mouché d'abord du mucus vert fade, puis, malgré l'ablation de végétations adénoïdes, il s'est mis ensuite à rejeter des croûtes ozéneuses. Sa fosse nasale droite est complètement oblitérée par une déviation de la cloison ; seule, la gauche présente l'aspect caractéristique d'un ozène au dernier degré.

5° Une fillette de 18 mois est soignée, depuis sa naissance, par une servante ozéneuse : elles ont chambre et objets communs. Cette femme n'avait pas caché sa maladie à ses maîtres : mais, un médecin, classique anticontagionniste, avait déclaré qu'il n'en pouvait résulter aucun inconvénient pour l'enfant... Vers l'âge de 15 mois apparaît chez celle-ci une cachexie à marche rapide ; sans fièvre, elle pâlit, maigrit, et refuse toute nourriture autre que du lait. Un traitement général anti-anémique (?) n'a aucun effet. Un jour, la mère s'aperçoit que la fillette sent mauvais du nez, sans qu'elle ait eu cependant jamais d'écoulement nasal. Elle me l'amène à tout hasard. Et je constate avec surprise, sans rien qui puisse faire penser à de la syphilis héréditaire, des fosses nasales oblitérées par de véritables écailles vertes et puantes ; au-dessous de ces croûtes, la muqueuse nasale présente le maximum d'atrophie des ozènes invétérés. Les soins du nez ont rapidement rétabli la santé générale : l'ozène persiste.

6° Une de mes malades d'hôpital, ozéneuse renforcée, épouse, malgré mes remontrances, un jeune homme dont j'avais pu, antérieurement, constater l'intégrité nasale. Quelques mois plus tard, celui-ci se met à moucher du pus fétide : quand je le vois, au bout de dix-huit mois, il est déjà nettement ozéneux. L'enfant né de ce mariage commence, à six mois, à jeter du pus nasal vert et puant. Ici, non plus, la syphilis n'est pas en cause.

*Ces observations prouvent évidemment que l'ozène est une maladie contagieuse.*

Mais voici qu'on proteste autour de moi ; et qu'il me semble entendre ceux qui, tout à l'heure, souriaient de la naïve vérité de mes faits de contagion, tant qu'ils les croyaient syphilitiques, proclamer énergiquement leur non-valeur, maintenant que je leur ai avoué qu'il s'agissait d'ozène.

Est-ce que, par hasard, il y aurait deux façons de raisonner, suivant que les faits viennent à l'appui ou à l'encontre de nos opinions ? Peut-on dire d'abord : « Il est admis que la syphilis est contagieuse. Or, vos observations montrent qu'elle est, en effet, inoculable. Donc, elles sont sans valeur, puisqu'elles affirment une chose vraie, mais qui n'est pas neuve ». Puis déclarer ensuite : « Nous affirmons que l'ozène n'est pas contagieux. Or, vos observations montrent qu'il est, au contraire, transmissible. Donc, elles sont sans valeur, puisqu'elles apportent une chose neuve mais qui n'est pas vraie. »

Il y avait jadis, à Athènes, des philosophes appelés sophistes, dont le métier était d'enseigner l'art de dissenter indifféremment sur le pour ou le contre, et de soutenir également les opinions les plus opposées. Ceux-là eussent sans doute ainsi raisonné dans l'espèce : mais, pour les gens de bon sens, qui apprécient les choses moins intellectuellement, il faut bien admettre que des faits identiques parlent un même langage ; et que s'ils nous disent *oui* quand il s'agit de syphilis, ils ne peuvent pas exprimer *non* quand il s'agit d'ozène. La vérité est une constante. D'ailleurs, les faits que je rapporte ne sont pas isolés. Perez (de Buenos-Aires), Vaquier (de Tunis) en ont publié, qui ont la même signification.

Certes, la contagiosité de l'ozène n'est ni foudroyante, ni fatale.

Elle n'est pas foudroyante : car, on ne prend pas l'ozène comme on gagne la syphilis, en passant quelques instants dans le contact d'un être contaminé.

Elle n'est pas fatale ; et c'est heureux : car, s'il en était de l'ozène comme de la rougeole, que tout étudiant en médecine non immunisé contracte des premiers malades qu'il approche, chaque rhinologiste aurait cette perspective peu brillante d'être voué à la punaisie. Evidemment, pour que l'ozène se puisse communiquer, il faut un contact intime et prolongé,

que, seule, réalise la vie de famille ; ainsi Perez cite une maison où deux sœurs qui partageaient le même lit furent atteintes d'ozène, tandis que les autres enfants en demeurèrent indemnes.

Il doit en être de cette contagiosité comme de celle de la tuberculose, qui ne se réalise cliniquement que par des apports multipliés sur un terrain favorable. Avant les célèbres travaux de Villemin, la recherche de l'étiologie de la phthisie était un chapitre aussi obscur que l'est actuellement encore l'étude de la pathologie de l'ozène : mais la notion de contagion et d'infection qui a si splendidement illuminé l'une, ne peut manquer de projeter une aussi bienfaisante lumière sur l'autre.

\*  
\* \*

Pour mieux convaincre les anticontagionnistes, il est bon de leur prouver qu'aucune de leurs théories ne s'accorde avec tous les faits ; tandis qu'au contraire la conception qui fait de l'ozène une maladie infectieuse, donc contagieuse, échappe seule à ce reproche. D'un côté l'erreur, sous des aspects forcément divers ; de l'autre côté, la vérité, sous une forme naturellement unique.

Avant tout, il est entendu que j'entends parler de l'ozène maladie et non de l'ozène syndrome.

L'ozène syndrome, qui avait si longtemps encombré la nosologie, a disparu. Déjà, au <sup>xii</sup><sup>e</sup> siècle, Actuarius osait s'attacher au vieux syndrome ozéneux de la médecine grecque ; puis vinrent Crato, Vieussens, Sauvages, Trousseau qui l'ébranlèrent ; et, en 1866, Otto Weber le renversa définitivement. Ne cherchons pas à le remettre debout. Malgré le talent et l'énergie avec lesquels Grünwald (rajeunissant, en 1896, par sa brillante théorie du « Wirthshauspissoir » les idées jadis émises par Vieussens dans son livre *De Cerebro*, Genève, 1699, où il semble avoir été, pour la première fois dit que l'ozène a pour cause une suppuration des sinus de la face...) a défendu la conception de l'ozène fonction de sinusites ; malgré les efforts que Hajek, Bresgen, Jacques, Tissier ont unis pour

la soutenir : cependant, elle n'a pu, après dix ans de débats, obtenir du jury médical un verdict favorable.

Au reste, ce n'est pas ici le lieu de discuter cette question ; de demander aux partisans de l'ozène syndrome sinusal pourquoi l'ozène débute généralement dans l'enfance (Félix Semon ne l'a vu qu'une seule fois commencer après 30 ans) alors que nous savons que les sinusites sont l'apanage des adultes ? ni pourquoi il se produit secondairement une atrophie de la muqueuse nasale, alors que les sinusites provoquent ordinairement de la part de la pituitaire des réactions hypertrophiques et polypoïdes ?

Peu importe à notre thèse. Même acceptant de telles idées, il faut bien admettre, à l'origine de cet ozène, l'existence de sinusites d'ordre spécial, différentes des sinusites vulgaires. Le problème pathogénique est donc ainsi déplacé, mais non résolu. Qu'il soit nasal ou sinusal, il faut, de toutes façons, accepter la spécificité de ce processus ozéogéné. Dire qu'il commence par les sinus et non par le nez, est absolument indifférent à l'idée de contagiosité.

En vérité, l'ozène est une *maladie* non point du nez ni des sinus, mais de tout l'arbre aérien supérieur : qui entre dans l'organisme par la porte nasale, et se propage aux cavités sinusales, au cavum, au larynx, à la trachée, aux oreilles, aux yeux. C'est une maladie protopathique, dont la spécificité, annoncée, dès 1873, au Congrès de Wiesbaden, par Michel de Cologne, soutenue ensuite en Autriche par Zaufal, en France par Tillot, fut proclamée, en 1876, par B. Fraenkel, quand il définit officiellement l'ozène : *une maladie autonome du nez, caractérisée : 1° par une sécrétion fétide se concrétant en croûtes sèches ; 2° par une atrophie sans ulcération de la pituitaire, s'étendant au squelette sous-jacent.*

AUCUNE DES THÉORIES NON CONTAGIONNISTES DE L'OZÈNE NE S'ACCORDE AVEC LES FAITS CLINIQUES. — Nombreuses ont été ces théories : leur multiplicité même prouve leur faiblesse. Cependant, chacune d'elles a eu bien soin de mettre en lumière les faits qui l'appuient, et de laisser dans l'ombre tous ceux qui pourraient lui être défavorables. Il est donc juste que ceux-ci soient aussi mis au jour.

A. *Théorie de l'élargissement nasal.* — Zaufal a prétendu que la cause première de l'ozène est un élargissement excessif des fosses nasales : d'où faiblesse du courant d'air expiré et stagnation des mucosités qui se décomposent.

A l'appui de cette théorie viennent les mensurations de Hopmann et celles de Gerber, qui reconnaissent que les fosses nasales sont raccourcies chez les ozéneux ; ainsi que les recherches de Siebenmann et de Meisser, qui proclament l'influence nécessaire de la chaméoprosopie pour la genèse de l'ozène.

Or, voici deux séries de faits qui doivent bien gêner cette théorie. 1<sup>o</sup> Il existe des rhinites atrophiques sans ozène, dans lesquelles les mucosités stagnent mais ne deviennent pas fétides ; d'ailleurs, s'il n'en était pas ainsi, la chonchotomie serait une opération terriblement malfaisante. 2<sup>o</sup> Bien des ozéneux portent un nez étroit dans un visage leptoprosope : c'était même le cas de la plupart de malades dont j'ai rapporté l'histoire. Il est vrai que Meisser a trouvé 39 cas de chaméoprosopie chez 40 ozéneux qu'il a examinés : mais Wright fait très justement remarquer que ces observations ont été recueillies en Suisse, pays de brachycéphales, larges de face et courts de nez ; et il ajoute que, sans nul doute, les résultats seraient différents si une telle statistique était faite sur une race dolichocéphale, par exemple, chez les Espagnols, étroits de face et longs de nez. Or, la supposition de Wright est pleinement confirmée par ce fait que Tillot (de Saint-Christau) observant dans le Sud de la France, près de la frontière espagnole, avait été amené par ses constatations à placer la cause de l'ozène dans l'étroitesse excessive des fosses nasales !

Semblent, il est vrai, plaider en faveur de la théorie de Zaufal, les avantages que les malades retirent du traitement par le tampon de Gottstein : mais il est prouvé que le cylindre de ouate n'agit que comme un excitant mécanique de la sécrétion nasale.

Semblent mieux encore appuyer cette théorie les résultats étonnants obtenus par la méthode de Moure et Brindel, qui ont, les premiers, proposé de traiter l'ozène par des injections sous-muqueuses et de paraffine. Or, cet argument est illusoire ; car, cette année même, à Bruxelles, Broeckaert a pré-



senté des ozéneux guéris par les injections de paraffine, chez lesquels les fosses nasales étaient restées assez larges : fait capital qui démontre que la paraffine agit bien moins en rétrécissant le champ nasal, qu'en modifiant la nutrition de la muqueuse par une irritation interstitielle substitutive.

B. *Théorie de la métaplasie épithéliale.* — Siebenmann, précédé dans cette théorie par Schuchardt, par Seifert, et même jadis par Volkmann, fait dériver l'ozène d'une métaplasie primitive et héréditaire de la pituitaire : la fétidité des sécrétions nasales en serait le résultat, de même que l'odeur de l'otorrhée résulte du cholestéatome.

Or, voici deux constatations bien embarrassantes pour cette théorie : 1° Cette métaplasie s'observe journellement dans des nez non ozéneux, en particulier chez les leptorhiniens ; le simple contact, un peu prolongé, d'un corps étranger avec la pituitaire peut même la provoquer partiellement, 2° Cette métaplasie a été reconnue comme inconstante chez les ozéneux par E. Fraenkel.

C. *Théorie de la trophonévrose.* — Zarniko a formulé cette ingénieuse théorie. La cause première de l'ozène est une trophonévrose, de nature inconnue, qui a pour effet : a) d'amoindrir la vitalité de l'os qui se résorbe et la muqueuse qui s'atrophie et devient métaplasique, et, par suite, perd sa résistance vis-à-vis des germes apportés de l'extérieur ; b) de modifier la nature des sécrétions de la pituitaire, et d'en faire un bon milieu de culture pour les prétendus microbes pathogènes de l'ozène.

A vrai dire, c'est là plutôt une hypothèse qu'une théorie, car aucun fait certain ne l'appuie.

Or, il y a une contradiction absolue entre elle et ce fait clinique, rendu indéniable par les constatations de B. Fraenkel, et bien des fois soutenu par Gottstein, Couetoux, Boulay, etc., que, dans de nombreux cas, l'ozène débute par un stade d'hypertrophie préatrophique. D'ailleurs, certaines complications de l'ozène, en particulier celles qui frappent l'œil, n'ont aucunement le caractère trophonévrotique.

D. *Théorie de l'ostéomalacie.* — Cholewa l'a appuyée sur les belles recherches de Cordes.

Le processus ozéneux, analogue à celui de l'ostéomalacie, frappe primitivement le tissu osseux des fosses nasales : la destruction des canaux de Havers et des espaces médullaires, diminue l'apport du sang à la muqueuse qui, atteinte de dystrophie ischémique, dégénère.

Le point faible de cette théorie est qu'elle ne s'applique pas du tout à l'ozène trachéal, qui débute loin de tout tissu osseux, et qui peut se produire primitivement, indépendamment de toute lésion nasale (Simionescu). D'ailleurs, Zarniko fait très justement remarquer que la richesse artérielle de la pituitaire est si grande et si bien fournie d'anastomoses, qu'il est impossible d'admettre que la seule disparition des vaisseaux osseux y puise produire une telle dystrophie.

En résumé, aucune des théories précédentes, dites théories endogènes de l'ozène, ne résiste à une critique serrée. Au contraire, la théorie exogène, qui a fait de l'ozène une maladie infectieuse, échappe à ce reproche.

LA THÉORIE INFECTIEUSE DE L'OZÈNE S'ACCORDE SEULE AVEC LES FAITS CLINIQUES. — Il y a déjà longtemps que B. Fraenkel avait admis la nature inflammatoire de l'ozène. Il enseignait que, dans une première phase, la muqueuse s'hypertrophiait à un degré variable par infiltration de cellules rondes : que, plus tard, elle s'atrophiait parce que ces cellules se transformaient en tissu fibreux rétractile. On reprochait à cette doctrine de ne pouvoir pas expliquer pourquoi toutes les rhinites hypertrophiques ne mènent pas à l'ozène : insuffisante était la raison qu'elle en fournissait, en invoquant une influence hypothétique de terrain.

Aujourd'hui, la théorie inflammatoire est devenue la théorie infectieuse de l'ozène : et, en considérant, selon les enseignements actuels, cette infection comme spécifique, on dégage enfin l'inconnue précédente. Seules sont capables d'aboutir à la phase d'ozène atrophique, les rhinites produites par un élément spécifique déterminé.

Contre cette théorie s'élèvent les anticontagionnistes de l'ozène, en niant cette spécificité exogène, tant qu'on ne leur aura pas apporté un microbe ozénogène de la valeur incontes-

tée du bacille tuberculeux de Koch. Cette manière d'argumenter paraît très spécieuse : il y a cependant deux façons de la réfuter.

A. — Nous répondrons d'abord qu'il existe un microbe de l'ozène ; il en existe même quatre. Je reconnais volontiers que c'est trop de trois : mais, de ces quatre agents qui prétendent être pathogènes, un seul en l'espèce paraît être réellement spécifique.

1° Le *cocco-bacille capsulé*, découvert en 1884, par Löwenberg, découvert à nouveau, en 1893, par Abel, sous le nom de *bacillus mucosus ozenæ*, est presque constant dans les croûtes ozéneuses (17/22, Perez), et ne se trouve pas dans les autres affections nasales. Cependant, il n'a vraisemblablement pas de valeur spécifique : a) parce que ses cultures ne sont jamais fétides ; b) parce que, inoculé aux animaux, même au niveau de la pituitaire, comme l'a fait Schläfig, il ne reproduit jamais l'ozène expérimental, mais provoque seulement une septicémie banale. D'ailleurs, ainsi que l'ont fait remarquer Klemperer et Scheier, puisque le bacille de Löwenberg semble bien être identique au pneumo-bacille de Friedlander ainsi qu'au bacille encapsulé de Von Frisch, il est improbable qu'il puisse posséder une spécificité réelle. Ce doit être un saprophyte, qui se développe avec prédilection sur les terrains préparés par l'ozène ou par le rhinosclérome. C'est, en tous cas, un agent très important d'infection secondaire nasale (Perez) analogue au streptocoque dans l'influenza, car Marano l'a vu se raréfier à mesure que l'ozène s'améliore.

2° Le *petit bacille diphtérique* de Belfanti et Della Vedova a bien perdu de son importance depuis l'échec du traitement sérothérapique de l'ozène ; admettons que ce soit tout au plus un autre agent d'infection secondaire.

3° Le *petit bacille* de Pes et Gradenigo n'a guère plus de valeur ; car Auché et Brindel ne l'ont retrouvé que trois fois chez vingt ozéneux.

4° Reste le *cocco-bacille* de Perez. Celui-ci, en toute justice, doit prendre le pas sur ses rivaux, car vraiment, il répond exactement aux conditions qu'exigeait Pasteur d'un microbe spécifique. Il est le seul dont les cultures dégagent une fétidité

caractéristique. Il est le seul qui, inoculé dans les veines d'un animal, reproduise à distance la rhinite atrophique fétide, par une action élective sur la pituitaire vraiment étrange, action rhinophile semblable à celle du bacille de la morve et qui est de nature à contenter les exigences les plus difficiles.

B. — Nous pourrions encore répondre ceci aux anticontagionnistes.

Quand même l'agent spécifique de l'ozène resterait encore inconnu, il serait vraiment plaisant de s'appuyer sur un tel argument pour nier l'infectiosité et la contagiosité de cette affection. Connaissons-nous, par hasard, les microbes de toutes les autres maladies infectieuses ? Quel est donc l'agent pathogène de celles qui sont réputées les plus contagieuses, de la scarlatine, de la rougeole, de la variole ? On aurait donc aussi pu nier, au siècle dernier, la contagiosité de la blennorrhagie et de la syphilis, sous prétexte que Neisser n'avait point encore découvert le gonocoque, ni Schaudinn trouvé son *treponema pallida* !

\*  
\* \*

La théorie infectieuse de l'ozène, avec son corollaire, qui est la notion de contagiosité, concorde avec toutes les données cliniques qui caractérisent cette maladie. Peu importe la forme du nez, si le microbe y pénètre. On devient ozéneux, comme on devient tuberculeux : ces deux maladies ont une pathogénie adéquate.

Mais, comme à tout microbe pathogène, surtout s'il n'est pas très virulent, ce qui semble être ici le cas, il faut un terrain plus ou moins fertile, on comprend pourquoi l'ozène frappe surtout les gens de la classe pauvre (Krieg), les mal nourris, et aussi pourquoi il se montre avec une plus grande fréquence chez les blanchisseuses, lesquelles s'y exposent en lavant les mouchoirs des ozéneux. On conçoit aussi pourquoi les maladies débilitantes prédisposent à cette affection : variole, rougeole (Ruault), pourquoi les coryzas chroniques de l'enfance favorisent l'implantation de l'ozène, de même les bronchites chroniques mal soignées mènent à la phthisie pul-

monaire ; et on saisit de la même façon l'influence favorisante de la syphilis héréditaire (Gradenigo), sans qu'il soit besoin d'une explication aussi contournée que celle de Gerber, lequel pense que la syphilis héréditaire prédispose à l'ozène, en produisant une certaine platyrrhinie chez des individus de race leptoprosopique.

Et surtout, contrairement aux autres, la théorie infectieuse de l'ozène ne nous contraint pas à cette dure nécessité de nier l'évidence ; car elle accepte toutes les observations.

\*  
\* \*

Voici, ce me semble, comment on pourrait rationnellement concevoir l'évolution du processus ozéneux.

Il doit en être de l'ozène comme de la blennorrhagie.

A. — De même que le gonocoque, apporté malencontreusement à l'urèthre, produit une uréthrite aiguë, de même l'ozéocoque, arrivant sur la muqueuse nasale, provoque d'abord une rhinite purulente. Ainsi s'explique la contagion de l'ozène ; ainsi se comprend sa prétendue hérédité, qui ne vaut pas plus que l'ex-hérédité de la tuberculose, n'étant au fond que de la contagion de maison.

B. — De même que la blennorrhagie devient souvent de la blennorrhée chronique, de même la rhinite ozéneuse passe fréquemment à l'état de rhinite atrophique chronique : l'une et l'autre ont même ténacité.

C. — Plus ou moins tard, la blennorrhée produit une sclérose de la muqueuse uréthrale, qui mène au rétrécissement ; plus ou moins tard, également, l'ozène aboutit à une sclérose de la pituitaire qui en provoque l'atrophie. (Moritz Schmidt).

D. — On améliore la blennorrhée en dilatant l'urèthre ; on corrige aussi l'ozène en rétrécissant le nez : mais cela ne veut pas dire que, de part et d'autre, les changements de calibre soient la cause première de ces deux maladies.

E. — A l'exemple de la blennorrhée qui remonte le long des voies urinaires, l'ozène descend par les conduits aériens. L'une voit s'ouvrir devant elle les canaux séminifères qui la mènent

au testicule ; l'autre trouve le chemin des trompes libre pour parvenir à l'oreille.

Ce parallèle est logique. Or, nul ne constate la spécificité de l'infection ascendante blennorrhagique : pourquoi donc nier la spécificité de l'infection descendante ozéneuse ?

\*  
\* \*

De ce qui précède découle tout au moins une conclusion clinique bonne à retenir : *c'est que les ozéneux doivent être astreints, dans leur famille, aux plus grandes précautions prophylactiques, surtout vis-à-vis des enfants.*

---

## II

### QUELQUES RÉFLEXIONS AU SUJET DE LA SINUSITE MAXILLAIRE CHRONIQUE, ET DE SA CURE RADICALE

Par **MERMOD** (Lausanne).

L'histoire des sinusites maxillaires longues et de leur traitement a fait éclore ces dernières années une littérature si abondante, qu'il faut quelque courage pour revenir sur ce chapitre si fouillé et encore si discuté. On s'expose facilement à des redites ou au danger d'empiéter sur le domaine de quelque confrère. Mon excuse est que je m'en tiendrai à un point de vue exclusivement pratique, en faisant connaître les résultats de mon expérience déjà longue, dans le traitement des sinusites maxillaires chroniques.

Bien variables sont encore les opinions des anatomistes et des cliniciens au sujet des sinusites et empyèmes, et de leur fréquence relative. Ce que chacun accepte, c'est que sur les cadavres pris au hasard de l'autopsie, cette fréquence des altérations des cavités annexes du nez, surtout de l'antre d'Hyghmore, est extraordinaire. Si Mahu <sup>(1)</sup>, sur deux cents sinus maxillaires, ne signale que dix-huit accidents, chiffre le plus bas que j'aie rencontré (9 %), Oppikofer, dans un récent et important travail fait à Bâle dans la clinique de Siebenmann <sup>(2)</sup>, a rencontré quatre-vingt quatorze fois des altérations de l'antre d'Hyghmore sur deux cents cadavres (47 %), et la

(1) « Pathogénie de l'empyème maxillaire » par G. MAHU, dans *Annales des mal. de l'oreille, du larynx*, octobre 1906.

(2) « Beiträge z. normal : und pathol. Anatomie der Nase und ihrer Nebenhöhlen », von ERNEST OPPIKOFER, in *Archiv für Laryngologie*, 19 Bd., 1 Heft.

moyenne d'une dizaine d'auteurs français et allemands, dont je ne rapporte pas ici les noms, serait de 37 % environ pour l'ensemble des cavités annexes du nez, avec écarts maximum de 61 % (Martin) et minimum de 26,3 % (Wertheim). Oppikofer remarque avec raison que les divergences proviennent tout d'abord du nombre variable d'autopsies faites par chaque auteur, et du genre d'autopsie, Gradenigo, par exemple, n'ayant examiné que le sinus maxillaire, et Fraenkel n'ayant pas tenu compte de l'état des sinus ethmoïdaux. — Enfin, le génie épidémique régnant aurait une grande importance. Il faut donc admettre que sur trois ou quatre individus, un au moins a des sinus malades ; mais ce sont des résultats d'autopsies, ne l'oublions pas ; ce sont des complications ultimes et probablement fréquentes chez des sujets ayant succombé à une longue maladie. Ce sont rarement des désordres tels que nous sommes habitués à les rencontrer dans nos interventions radicales, mais le plus souvent des lésions moindres, n'ayant occasionné aucun trouble si elles étaient anciennes, ou ayant passé inaperçues pendant la dernière maladie, à supposer qu'elles se soient produites à ce moment-là. Il est probable que si l'on pouvait examiner les sinus d'une centaine de sujets bien portants, ayant succombé rapidement par un accident, le pourcentage des sinus malades serait infiniment plus faible.

Cependant, pour quelques auteurs, Wertheim, Dmochowsky, les lésions rencontrées si fréquemment à l'autopsie seraient de nature chronique, Oppikofer ne l'admet pas ; pour lui, il serait souvent impossible de décider dans un sens ou dans l'autre ; si la muqueuse est très altérée, avec pus fétide, et polypose prononcée des cavités nasales et de leurs annexes, la nature chronique est très probable. Si, au contraire, les désordres sont peu nets, comme c'est souvent le cas, il est plus vraisemblable que la maladie est aiguë. Mais entre les deux, combien de formes intermédiaires que ne peut classer l'autopsie, et pour lesquelles l'anamnèse et les signes classiques pourraient seuls décider. Toujours d'après Oppikofer, même l'examen histologique serait en défaut, vu l'impossibilité de voir si dans une muqueuse turgescence et ramollie, il existe de la sclérose conjonctive caractéristique de l'état chronique. La présence de



kystes ne signifierait même pas grand'chose ; ils peuvent manquer dans les cas chroniques bien établis, se rencontrer au contraire sur une muqueuse normale, ne présentant pas le plus léger signe d'inflammation antérieure.

Si les résultats de l'anatomie pathologique sont peut-être un peu plus concluants en ce qui concerne l'étiologie, nous n'en sommes cependant pas beaucoup plus avancés qu'il y a quelques années, et les divergences entre rhinologistes et anatomistes ne sont pas près de disparaître. Le sinus maxillaire peut s'infecter par deux voies, tout le monde l'admet. Cela nous explique pourquoi cette cavité est plus souvent malade que les autres, sans oublier sa disposition si défavorable pour l'écoulement du pus. Mais pourra-t-on jamais établir l'exacte proportion des deux modes d'infection ? D'après les anatomistes, l'origine dentaire est rare ; il le faut bien, si Zuckerkandl ne l'a constaté qu'une fois sur près de trois cents autopsies ! Dmokousky n'y serait même jamais arrivé, et E. Fraenkel est tout aussi négatif. Ces résultats ont d'autant plus de valeur qu'ils sont confirmés par Oppikofer qui, dans ses deux cents autopsies, admet constamment l'origine nasale ; et pourtant il a bien examiné le plancher sinusal, puisque, dans un seul cas, il a vu la racine d'une molaire pénétrer profondément dans la cavité, et simplement revêtue par la muqueuse, tandis que dans 199 autres cas, il a constamment vu les extrémités radiculaires recouvertes d'une couche osseuse ne présentant aucun défaut. Malgré Mahu, qui, sur les dix-huit accidents constatés chez cent cadavres, pris au hasard de l'autopsie, en a vu neuf d'origine dentaire, avec lésions bien nettes du toit de l'alvéole, il faut cependant admettre cette rareté des lésions macroscopiques du plancher sinusal, ce que l'on peut constater du reste chez la grande majorité de nos opérés. Hajek cherche à expliquer cette rareté apparente des lésions en ce qu'elles auraient peut-être disparu du processus alvéolaire depuis longtemps, alors que les lésions de l'antre auraient persisté. Puis, pourquoi ne pas admettre avec cet auteur la possibilité de l'infection à travers une paroi osseuse en apparence normale, comme c'est si souvent le cas dans les complications cérébrales d'origine otique ou sinusale ?

La présence de fongosités, plus épaisses en tel endroit de la paroi antrale, ne nous paraît pas un signe étiologique de grande valeur, puisque le pus, quelle que soit son origine, doit baigner indifféremment toutes les parois de la cavité, dans les attitudes si variées de la tête à l'état de veille et pendant le sommeil. Au contraire, dans des sinusites d'origine nasale, j'ai vu plus d'une fois que les fongosités étaient surtout épaisses sur le plancher sinusal, ce qu'on pourrait expliquer par la stagnation de pus à l'endroit le plus déclive.

La distinction simple et commode, établie par une partie de l'école française entre l'empyème ou pyosinus, et la sinusite inflammatoire avec muqueuse dégénérée, aurait une importance pratique bien grande, puisque, l'étiologie et le diagnostic étant par là même imposés du même coup, quelques lavages suffiraient dans le premier cas à amener la guérison, que l'on n'obtiendrait dans le second cas qu'après une intervention opératoire. En Allemagne, on ne fait pas cette distinction : on ne le mentionne même pas, et je crois qu'on a raison ; on réserve cependant le nom de *pyosinus*, qui vient de Killian, aux cas très rares où le sinus maxillaire reçoit, sans en être altéré, le pus venant d'une cavité voisine, ordinairement du sinus frontal. Dans les nombreuses sinusites fronto maxillaires que nous avons opérées, nous avons constamment trouvé des fongosités dans les deux cavités ; le pyosinus paraît plus fréquent dans le sinus sphénoïdal, et il n'est pas de rhinologistes qui n'aient pu voir, après un curettage endonasal pour ethmoïdite fongueuse, le pus pénétrer par l'ostium sphénoïdal dans une cavité parfaitement saine.

Appliquer systématiquement ce mot de « pyosinus » à toute complication d'origine dentaire, sous prétexte que cette étiologie unique donnerait constamment un empyème ou un simple dépôt de pus, tandis que la sinusite fongueuse chronique serait d'origine nasale, cette distinction, dis-je, me paraît inexacte et contraire à l'expérience clinique.

Sebilleau, dans un récent travail extrêmement intéressant <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> L'opération de Lamorier-Desault autrefois et aujourd'hui, par SEBILLEAU, dans *Annales des mal. de l'oreille, du larynx*, décembre 1905.

a fait bonne justice d'une distinction aussi artificielle, et cela en des termes auxquels il ne reste guère à ajouter. Rien n'explique et ne prouve cette différence dans la résistance de la muqueuse antrale, suivant que le pus est d'origine dentaire ou nasale ; d'autant plus que, en arrivant dans l'antre, depuis un abcès apexien, il rencontre bien souvent sans doute une muqueuse en état de résistance moindre, grâce à une ou plusieurs atteintes de coryza banal ou infectieux, ou à l'action latente d'un processus alvéolaire inflammatoire. C'est ce que dit Sébileau en ces termes : «... il y a, sur la muqueuse de l'antre, l'action du voisinage lentement infectante de toutes les maladies chroniques de l'appareil alvéolo-dentaire ; la pulpo-radiculite d'une dent dont l'apex est, ou non, pénétrant ; le petit kyste apical infecté, la cémentite sournoise, l'arthrite, la périarthrite (alvéolite) dentaires et, au-dessus de toutes ces lésions, l'ostéite lente du plafond alvéolaire. Et tout cela peut engendrer en fait la sinusite vraie, l'inflammation vraie du sinus ».

Hajek <sup>(1)</sup> (page 63) s'exprime d'une façon analogue :...  
 « noch öfters scheint mir die Kieferhöhle durch Eröffnung  
 « nach Zahnextraction dann infiziert zu werden, wenn schon  
 « früher ein periostaler Abscess bestanden hat. Diesen letzteren  
 « habe ich in drei Fällen constatieren können » et plus loin :  
 « diese Fälle beweisen, dass die Kieferhöhlenschleimhaut keine  
 « sonderliche Empfindlichkeit besitzt, und dass bei Entstehung  
 « der Empyeme von der Zahnwurzel aus ausgesprochen eitrige  
 « Entzündungen der Wurzelumgebung vorhanden sein müssen ».

Ces dernières années, il semble qu'à force d'avoir voulu simplifier et classer, on ait augmenté la confusion dans ce chapitre quelque peu embrouillé des sinusites maxillaires. La distinction anatomique suivant une étiologie spéciale à chacune d'elles ne se justifie ni au point de vue anatomique, puisque toute sinusite peut arriver à l'état fongueux, et y arrive si elle en a le temps — nous avons vu que l'examen his-

(1) *Pathol. und Therapie der entz. Erkrank. der Nebenhöhlen der Nase von Dr M. Hajek*, Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1903.

tologique n'est pas même capable de décider si les lésions sont récentes ou chroniques — ni au point de vue clinique, puisqu'une affection d'origine dentaire peut produire tout aussi bien, et peut-être mieux, l'état fongueux, qu'une sinusite nasale infectieuse, que nous voyons si sûrement guérir d'elle-même.

Et ceci nous amène tout naturellement à une opinion que nous n'avons pas vue émise ; si elle l'a été, on n'y a pas insisté : pourquoi l'étiologie de la plupart des sinusites maxillaires ne serait-elle pas mixte ? pourquoi un mode d'infection en exclurait-il nécessairement un autre ? et pourquoi les deux modes ne seraient-ils pas capables de solliciter la muqueuse antrale, soit simultanément, soit l'un après l'autre ?

Il est au contraire bien possible qu'une ancienne infection d'origine nasale demeurée longtemps latente, se réchauffe soudain par l'irruption d'un abcès dentaire, de même qu'un coryza grippal ou autre a d'autant plus de chance de se propager, et de troubler profondément une muqueuse sinusienne chicanée depuis longtemps par le voisinage de dents cariées. Les deux modes d'infection, au lieu de s'exclure, se favoriseraient réciproquement, et cette communauté d'origine expliquerait, en les mettant enfin d'accord, les divergences entre rhinologistes et odontologistes.

Dans toute suppuration ancienne de l'antre maxillaire, la conduite à tenir est très simple, parce que, précisément, on n'a pas à se préoccuper d'une étiologie souvent incertaine.

Si dans les accidents récents, je veux dire ceux dont la durée ne dépasse pas trois mois, le lavage par l'alvéole ou transmésatique est tout d'abord indiqué, et s'il suffit souvent pour amener la guérison, nous pensons que dans les cas anciens, il n'a qu'une utilité de diagnostic, et que c'est du temps perdu que d'en poursuivre l'emploi.

L'existence d'un cas à opérer est suffisamment assurée par le résultat positif de quelques lavages et par la persistance de l'obscurité diaphanoscopique après ces lavages ; pas n'est besoin d'autres épreuves, y compris le signe de Mahu. Si donc après un lavage énergique, à plus forte raison, si après deux à

trois lavages répétés à quelques jours de distance, la suppuration et l'obscurité persistent, il y a fongosités, et il faut opérer ; si ce n'était pas le cas, je me serais exposé bien des fois à ouvrir un sinus sain ou trop peu atteint, parmi les deux cents et quelques sinus maxillaires que j'ai curetés ; or, cela ne m'est jamais arrivé.

J'ai à peine besoin d'ajouter combien il importe de faire un diagnostic précis, en excluant la présence possible d'autres foyers, surtout dans le sinus frontal, de peur de faire une intervention incomplète. Je n'ai pas à décrire ici les signes rhinoscopiques classiques des polysinusites, mais il est un moyen que nous nous permettons de recommander, lequel donne, plus rapidement que tout autre, un résultat se rapprochant de la certitude ; nous voulons parler du procédé de l'*aspiration*, auquel mon entourage m'a toujours vu avoir recours depuis nombre d'années, bien avant les travaux de Bier, et lu divers procédés de pression négative qui devaient naturellement en résulter. Je me sers d'une seringue d'une capacité de 50 centimètres cubes, à embout ovale s'adaptant étroitement au vestibule nasal, et dont on retire vivement le piston au moment où le malade émet une gutturale quelconque ; une pression négative aussi brusque peut parfois appliquer étroitement l'une contre l'autre les parois de l'infundibulum, pour peu qu'elles soient humides ou turgescentes : aussi avons-nous soin de recourir au badigeon préalable de cocaïne-adréraline. Si, après un lavage minutieux du sinus maxillaire, l'aspiration rapide fait de nouveau apparaître du pus dans le méat moyen, il ne peut provenir que d'autres foyers de système fronto-ethmoïdal antérieur.

Le procédé est rapide et peu douloureux ; il est surtout constamment applicable, ce qu'on ne peut dire du cathétérisme fronto-nasal qui échoue si souvent, et que nous ne pratiquons plus guère dans un but de diagnostic. Il va sans dire que l'épreuve de l'aspiration, comme toute autre, n'a de valeur irréfutable que si elle donne un résultat positif ; l'absence de pus après aspiration prouve uniquement que la cavité ne contient pas de pus *au moment de l'expérience*, et rien de plus. On devra répéter plusieurs fois cet essai en cas de doute, car on sait que

la production du pus peut être intermittente, et que souvent, au moment de l'opération, un sinus peut être sec ou à peu près, lors même qu'il est tapissé d'épaisses membranes.

Le diagnostic différentiel des polysinusites est souvent si ardu, ne pouvant être fixé qu'après tant de tâtonnements et d'examens répétés, que l'emploi d'un nouveau signe ne peut être que bien accueilli. C'est pourquoi je n'hésite pas à dire tout le bien que je pense du procédé de l'aspiration.

Que faire des nombreuses formes intermédiaires, pas assez graves, semble-t-il, pour exiger une intervention radicale, mais dont les symptômes ont autant et peut-être plus de valeur que dans les formes classiques nettement fongueuses ? Ce sont souvent des cas extra-latents qu'il a fallu dénicher à grande peine : la suppuration est minime, peu ou pas fétide, intermittente, cessant volontiers pendant la belle saison.

L'obscurité sous-orbitaire est peu prononcée, et un premier lavage ne donne qu'un flocon de muco-pus nageant dans l'eau restée limpide ; le malade est peu incommodé en apparence : je dis en apparence, car combien souvent un état général médiocre, un coryza sans cesse récidivant, avec hypertrophie de la muqueuse nasale, des bronchites à répétition, des catarrhes du cavum désespérément tenaces, de la pachydermie laryngée, etc., reposent sur l'existence d'une sinusite maxillaire assez sournoise pour que le malade soit surpris quand on lui explique l'origine de ses maux.

On doit procéder ici comme pour une sinusite récente : revision sévère de l'appareil dentaire, lavages journaliers que je consens volontiers à continuer plus longtemps que dans les cas aigus. Mais si, après un mois, le but n'a pas été franchement atteint : si l'obscurité, si faible qu'elle soit, persiste, et si le lavage matinal ramène régulièrement le flocon muqueux, je renonce à d'aussi pauvres ressources obligeant le malade à garder indéfiniment pendant des mois, peut-être des années, et sans garantie de succès, un drain ou un obturateur buccal, lequel, en entretenant l'infection, retarde la guérison, et empêche trop souvent le port d'une prothèse dentaire indispensable à une bonne mastication. Quant aux lavages transméa-

tiques, il faut y renoncer plus tôt encore, à cause de l'irritation douloureuse qu'ils entretiennent dans le méat.

C'est précisément dans ces cas mixtes, de moyenne intensité, où l'on peut admettre que la muqueuse n'est pas très épaissie, que l'on a cherché à appliquer dès longtemps l'idée du traitement par voie nasale. La méthode employée d'abord en Allemagne (Rethi, Siebenmann), élargie et perfectionnée en France par Claoué et Escat, est nécessairement incomplète, puisqu'elle ne permet pas un curetage radical. Or, du moment qu'on s'est décidé à opérer, je ne saurais pourquoi, selon qu'une même affection est plus ou moins développée, on recourrait tantôt à une intervention radicale, tantôt à des demi-mesures, surtout si ces dernières sont tout aussi compliquées, et exigent un traitement consécutif trop long.

Par sa méthode si simple et si parfaite, Luc paraît avoir eu en France une influence prépondérante dans le traitement des sinusites maxillaires chroniques. En Allemagne, on est certes moins avancé; il semble qu'on piétine quelque peu sur place. Si quelques auteurs, Gerber entr'autres, en soulevant des questions de priorité dont nous n'avons pas à nous occuper ici, emploient des méthodes plus ou moins semblables à celle de Caldwell-Luc, je crois qu'ils sont moins suivis chez eux que ne l'est Luc en France. Ou bien on est resté fidèle aux anciennes pratiques, comme le prouvent plus d'un malade venant nous demander de les débarrasser des éternels lavages à travers un trou alvéolaire ou une fosse canine fistulée, ou bien, on a cherché à remplacer l'idéale opération de Luc par telle autre méthode qui ne la vaut certes pas. Nous ne citons que pour mémoire les essais d'autoplastie de la muqueuse buccale ou nasale sur les parois de l'antre.

Même en France, il y a encore quelques dissidences; rien ne le prouve mieux que le travail de Sebileau dont j'ai déjà parlé, et dans lequel l'auteur cherche à remettre en honneur l'ancienne opération de Desault quelque peu modifiée, et qu'il préfère au Caldwell-Luc qu'il n'a jamais pratiqué.

Ce travail, dû à un chirurgien aussi autorisé que M. Sebileau, prouve — ce que je n'aurais pas supposé auparavant — que ce n'est pas encore chercher à enfoncer une porte ouverte

que de plaider en faveur de l'opération de Caldwell-Luc.

Rien ne vaut la longue pratique d'une méthode pour en apprécier la valeur : aussi ma tâche est-elle facilitée par le nombre relativement grand de cas opérés depuis quelques années, et qui me permettront de comparer les anciens résultats avec ceux obtenus par le Caldwell-Luc, auquel je suis resté fidèle depuis près de six ans.

Au printemps dernier, le Dr Antonoff, dans une étude des diverses méthodes opératoires des sinusites maxillaires chroniques, dont il a fait son sujet de thèse <sup>(1)</sup>, a analysé les résultats de 179 cas opérés par nous : si j'y ajoute 15 nouveaux cas, et 28 de notre service laryngologique de l'Hôpital de Lausanne, je dispose de 222 cas appartenant à 190 malades, et auxquels nous avons appliqué la méthode de Desault modifiée, telle que la pratique Sebileau, puis celle de Caldwell-Luc, par laquelle nous l'avons définitivement remplacée.

Je ne trace pas le tableau monotone de ces nombreux malades, ce qui, du reste, a déjà été fait partiellement pour les 179 cas sus-mentionnés. Qu'il me suffise de dire combien souvent l'étiologie n'a pu être établie exactement, ce qui n'étonnera personne. Maintes fois — je me plais à le répéter — la cause m'a paru être mixte, aussi bien de nature dentaire que nasale. Toutes les sinusites étaient chroniques, cela va sans dire, datant de cinq mois au moins, et *constamment* j'ai rencontré des fongosités ne pouvant disparaître que par le curettage ; ceci me semble prouver que les signes classiques suffisent complètement pour le diagnostic : échec des lavages répétés pendant une à deux semaines, et persistance de l'obscurité sous-orbitaire.

Les fongosités étaient surtout épaisses et abondantes chez vingt-cinq malades portant depuis longtemps un drain alvéolo-sinusal.

Dans 81 cas, j'ai eu recours au curettage minutieux à travers la brèche canine, et, depuis 1900, je suis resté fidèle au

<sup>(1)</sup> *Etude comparative des méthodes opératoires des sinusites maxillaires chroniques*, par A. ANTONOFF. Clinique oto-laryng. de Lausanne. Thèse, 1906.



Caldwell-Luc (141 cas). Je note enfin que dans 61 cas, la sinusite était fronto-maxillaire.

Examinons les résultats :

Le simple curettage à travers une brèche de la paroi antérieure, maintenue ouverte pendant tout le temps nécessaire par les soins consécutifs, peut être une bonne opération : les parois granuleuses modérément, et le travail de réparation peut facilement être maintenu dans de bonnes limites par quelques curettages ou cautérisations, jusqu'à ce qu'enfin, au bout de plusieurs semaines, il soit permis de laisser se fermer l'ouverture buccale sur une cavité quelque peu diminuée, et tapissée par une fibro-muqueuse lisse, ne donnant plus aucune sécrétion.

Malheureusement, il est loin d'en être toujours ainsi, et certes je ne suis pas le seul ayant conservé un souvenir amer de ces trop nombreux cas aux soins consécutifs interminables, et aux résultats définitifs franchement mauvais. Plus ou moins tôt après l'intervention, le travail de réparation revêt un caractère d'intensité de mauvais augure ; le surlendemain déjà, la cavité est tapissée de nouvelles fongosités œdémateuses, saignant au moindre contact, et repullulant d'autant plus qu'on veut les supprimer : rien n'y fait, au contraire, et les curettages les plus énergiques, les cautérisations les plus variées, sans compter les malencontreux tamponnements, ne font qu'exciter cette hyperplasie qui finit par remplir la cavité antrale bien plus complètement que ne le faisait la membrane fongueuse si minutieusement enlevée au début. Passe encore s'il s'agissait d'une franche production de granulations de bonne nature, se sclérosant pour aboutir finalement à la suppression du sinus, dont on prendrait son parti : mais c'est un travail qui jamais n'aboutit, et sans doute à cause de la persistance de l'infection buccale, il se forme un tissu ayant beaucoup moins de tendance à s'organiser définitivement, qu'à entretenir la suppuration qui transforme la cavité opérée en un étroit clapier. Et qu'on ne vienne pas me reprocher ici, par manque de soins habituels d'asepsie, une infection dont la cavité buccale se charge déjà à elle seule !

Si, enfin, de guerre lasse, on laisse tranquille l'ouverture

buccale qu'on a eu tant de peine à maintenir béante, ou bien elle reste fistuleuse, ou bien elle se referme sur une cavité mal guérie, et même en plus mauvais état qu'avant l'opération. J'ai essayé autrefois de rouvrir deux sinus pareils opérés deux ans auparavant, dans l'espoir d'en finir par un nouveau curettage et un Caldwell-Luc, et pour délivrer les malades de leur sécrétion persistante, et d'un empatement douloureux de la joue. J'ai trouvé chaque fois la cavité comblée par du tissu lardacé si dur, qu'il m'a été impossible de le détacher de la paroi osseuse sans entamer celle-ci ; ces masses étaient traversées par une large fistule remplie de pus, allant depuis la paroi canine, et se perdant dans la profondeur. J'ai perdu de vue ces deux malades depuis ces interventions demeurées forcément incomplètes.

La cause de ces résultats si fréquemment mauvais ne saurait être recherchée dans l'opération elle-même, ni dans le traitement consécutif, identiques dans tous les cas, favorables ou non, pas plus que dans l'état général, dans l'espèce de sinusite, ou dans la persistance de l'infection dentaire qu'on a eu soin de mettre hors de cause dès le début, cela va sans dire.

De toutes les pratiques, la plus nuisible est certainement un traitement consécutif, intempestif, et plus on laissera la cavité tranquille, mieux cela vaudra. C'est ce que je fis enfin dans mes dernières interventions avant d'adopter le Caldwell-Luc, et après m'être demandé souvent s'il valait la peine d'opérer, et surtout de le faire sans prévenir le malade de la nécessité d'un traitement consécutif long et douloureux, et de l'incertitude du résultat. Comme le fait Sebileau encore aujourd'hui, je finis par laisser la plaie buccale se fermer, sans toucher à la cavité : les résultats furent certainement meilleurs, mais encore bien inférieurs, et surtout bien plus longs à obtenir que ceux que donne invariablement et si rapidement la méthode de Caldwell-Luc.

Sur 65 cas de curettage depuis la paroi antérieure, la guérison a été obtenue trente-neuf fois (60 %) et a échoué dans 26 cas (40 %) avec fistulisation fréquente, et la joue restant souvent gonflée et douloureuse. La durée du traitement consécutif n'a jamais été inférieure à deux mois dans les cas les

plus favorables : plus souvent elle a été de six mois et plus, jusqu'à disparition du malade guéri ou non.

Le contraste est frappant si je compare ces résultats avec ceux que donne la large communication sinuso-nasale, et suture immédiate de la plaie buccale. Sur 144 cas, si j'en élimine un retardé par une complication d'érysipèle, et deux autres où une polysinusite avait été d'abord méconnue, j'ai eu constamment une guérison complète en deux semaines en moyenne.

Je pense qu'on peut employer le terme de guérison, si tous les symptômes ont cessé, et s'ils ne reparaissent pas après une année ; seule l'obscurité sous-orbitaire persiste, quelquefois très prononcée. La fibro-muqueuse de revêtement, quoique lisse, ne sécrétant plus, et se recouvrant probablement à la longue d'un nouvel épithélium, est nécessairement plus épaisse que la muqueuse primitive si mince et si délicate. Peut-être est-elle capable elle-même de redevenir normale, selon une loi qui permet fréquemment à un organe, mutilé par des interventions opératoires, de reprendre lentement sa structure primitive. Nous n'aurions pas de peine à en trouver des exemples ; nous pourrions en dire long à ce sujet, à propos de larynx tuberculeux en dernier degré d'infiltration, non seulement guéris, mais redevenant absolument normaux après une profonde destruction de tissu au galvano-cautère.

Du reste, l'obscurité sous-orbitaire paraît diminuer fatalement, quoique très lentement, pour disparaître tout à fait : c'est ce que nous saurons mieux plus tard, quand la méthode de Caldwell-Luc aura eu le temps de vieillir. Chez deux de mes malades opérés il y a quatre ans, j'ai vu reparaître complètement la transparence, alors qu'un an après l'opération, l'obscurité était très forte.

Bien des circonstances expliquent la supériorité incontestable de la méthode de Caldwell-Luc ; si elles sont connues, peut-être n'a-t-on pas assez insisté sur quelques-unes.

Tout d'abord, puisqu'avec raison on considère un curettage minutieux comme une condition indispensable de succès, je prétends que ce curettage est bien plus difficile à mener à bien

sur la paroi interne laissée intacte, comme le fait Sebileau, que si on entame largement cette paroi en vue d'y établir la communication antro-nasale. Prolongée en arrière, cette brèche donne un large jour, qui permet d'inspecter minutieusement la paroi nasale si souvent dégénérée dans le voisinage des fontanelles, surtout en cas de polypose nasale, et d'y faire un nettoyage complet.

La grande supériorité de la méthode repose avant tout sur la suture immédiate de la plaie buccale, en vue d'intercepter aussitôt la communication entre bouche et sinus. Quoi de plus naturel, en effet, que de rendre à chaque organe sa destination physiologique primitive, et d'empêcher que deux appareils aussi dissemblables entre eux que les appareils digestifs et respiratoires ne communiquent par une ouverture accidentelle. Sebileau fait bon marché de cette crainte si justifiée de voir le sinus infecté par le milieu septique de la bouche, « il faut — dit-il — n'avoir pas une grande habitude de la chirurgie buccale pour ignorer de quelle manière rapide guérissent les nombreuses interventions qu'elle comporte ». Certes, elles guérissent facilement par elles-mêmes, mais les sécrétions buccales, après traumatisme ou non, n'exercent pas moins une influence funeste si elles pénètrent dans un domaine qui n'est pas le leur. Nous tenons à une occlusion immédiate et complète de la plaie buccale, et même nous avons soin de suturer la gencive et au besoin de fermer par un lambeau autoplastique toute ouverture alvéolo-sinusale créée antérieurement, pour peu qu'elle soit trop large.

Repos absolu de la cavité opérée, maintenue à l'abri de l'infection buccale et de nos interventions inopportunes, voilà le secret de la guérison. C'est exactement ce qui se passe chez les évidés du rocher, soumis au pansement boriqué, et c'est à Luc et à Eeman que nous devons en grande partie, la confirmation éclatante de ce que nous oublions trop, c'est que moins nous touchons à une plaie mieux cela vaut.

Je n'ai pas cru nécessaire de modifier la méthode, telle que Luc l'a donnée. Même pour celui qui n'a pas de grandes prétentions chirurgicales, c'est une intervention simple, facile à mener à bien en vingt minutes, surtout si la paroi canine est

large et mince. Si elle est épaisse, avec une fosse canine profonde, la brèche est plus longue à pratiquer, l'hémorragie plus gênante, petits inconvénients auxquels n'échappent pas les autres méthodes.

Il faut pratiquer une ouverture antro-nasale très grande si on veut pouvoir la maintenir ouverte indéfiniment, ce qui ne me paraît pas nécessaire ; chez tous mes opérés, le trou était assez rétréci au bout de quelques semaines pour avoir de la peine à y laisser passer une sonde ; cela n'a aucun inconvénient, puisque le sinus est guéri à ce moment-là. Au contraire, j'évite ainsi la rhinite atrophique croûteuse tant reprochée, et que je n'ai jamais vu se produire. Je ressèque seulement la moitié antérieure du cornet inférieur, que je laisse même intact s'il est très étroit, avec un méat inférieur très large ; et plutôt que de faire du jour en hauteur, je préfère prolonger la brèche en arrière, pour les raisons données tout à l'heure.

Il va sans dire qu'il ne faut jamais négliger l'examen des dents, et que tout chicot doit être enlevé, lors même que macroscopiquement le toit alvéolaire paraîtrait intact, ce qui est presque constamment le cas. Quant aux dents simplement suspectes, je crois qu'on va trop loin en les sacrifiant impitoyablement ; elles peuvent rendre encore de grands services, et sont souvent indispensables pour soutenir une pièce de prothèse.

Avant de fermer la plaie buccale, je tasse modérément dans le sinus une simple mèche aseptique, sortant par le nez, dans le seul but d'éviter une hémorragie secondaire possible. La suture de la muqueuse buccale doit être faite minutieusement, en ayant soin d'affronter exactement les surfaces de section. La persistance d'une ouverture même petite, pendant quelques jours seulement, risquerait de faire perdre à la méthode un de ses buts essentiels. La mèche, sans être remplacée, est retirée au bout de deux jours, pendant lesquels le malade garde le lit, et est soumis à une alimentation liquide. Dès ce moment, le traitement est terminé, à part quelques injections d'eau bouillie, que je crois utiles, moins dans la cavité antrale elle-même, que dans le nez, qui est nécessairement le siège d'une rhinite traumatique de courte durée. Au bout de huit à dix jours, le malade est autorisé à partir.

La technique opératoire est extraordinairement simplifiée par l'emploi de l'anesthésie locale. Je la proposai pour la première fois à un jeune Russe exceptionnellement craintif, et qui à aucun prix ne voulait être endormi. Je fus si surpris de constater combien l'opération était tolérée et simplifiée, que depuis je n'ai jamais eu recours à la narcose, sauf dans quelques cas très exceptionnels.

Voici comment nous procédons :

Vingt minutes avant l'opération, piqure sous-cutanée d'un centigramme de morphine. L'injection d'un gramme de solution de cocaïne au 1/100 est suffisante. Cette injection est faite entre peau et muqueuse, dans deux directions, la première horizontalement, sur le trajet marqué pour l'incision, la seconde dirigée perpendiculairement à la première vers le nerf sous-orbitaire. Immédiatement avant l'incision, badigeonnage généreux avec la liqueur de Bonain, dont nous ferons un usage fréquent dans la suite. Peu après le début de l'opération, j'ai l'habitude d'offrir la narcose, qui est refusée énergiquement. Les deux manœuvres les plus sensibles sont le refoulement en haut de la lèvre supérieure de la plaie buccale, et, plus tard, le curettage de l'antre. Il s'agit de procéder vite et bien ; de toutes les curettes proposées dans ce but, l'instrument le plus commode me paraît être un raspatoire recourbé, surtout celui de Stacke, avec lequel je curette non de dedans en dehors, mais au contraire, depuis le pourtour de la brèche opératoire vers la profondeur, ce qui permet souvent d'enlever en un seul morceau la muqueuse épaissie : elle est toujours la plus adhérente au fond de la paroi interne, vers les fontanelles, tandis que l'instrument glisse facilement sur le toit alvéolaire ; ceci dit en passant en faveur de l'étiologie nasale des fongosités ! Je répète que nous n'économisons pas la liqueur de Bonain, dont nous frottons fréquemment les surfaces, ce qui nous permet de pratiquer presque sans douleur la brèche antro-nasale, avec la résection partielle du cornet.

L'avantage de l'anesthésie locale sur la narcose est grand, et tous les malades sont étonnés d'avoir si peu souffert. Ceux qui ont déjà passé par la narcose sont reconnaissants d'échapper à l'horrible réveil du chloroforme et des jours nauséux

qui suivent. Puis, l'opération est bien simplifiée ; on n'a plus à surveiller la narcose si troublante dans les opérations sur la face, on n'est plus gêné par le voisinage encombrant du masque ; l'hémorrhagie parfois si abondante et nécessitant la position de Rose, est ici bien plus modérée, et le malade crache son sang à mesure au lieu de l'avaler. Enfin, c'est à l'absence de narcose que nous attribuons la rapidité étonnante de la convalescence.

Nous employons également l'anesthésie locale dans les sinusites fronto-maxillaires. Tout dernièrement encore chez une jeune fille de 18 ans, d'un degré moyen de courage, nous avons opéré une double fronto-maxillaire, avec quantité énorme de fongosités dans les quatre cavités. Si l'intervention a duré trois heures, c'est sans préméditation que nous avons infligé cette longue épreuve de patience à un sujet aussi jeune, une large communication entre les deux sinus frontaux nous ayant contraint de terminer tout en une fois, y compris le deuxième sinus maxillaire qui aurait pu causer une infection secondaire.

Notre technique, telle que nous venons de la décrire, serait une véritable opération de cabinet, si ce n'était le sang et la position couchée qui nécessitent l'emploi de la table d'opérations.

En présence d'une sinusite frontale et maxillaire, j'ai à peine besoin de faire remarquer combien il importe de se servir pour l'antré d'Hyghmore d'une méthode donnant la meilleure garantie de succès rapide, de peur de voir survenir pendant un travail de réparation trop prolongé, ou ayant subi quelque accroc, une infection secondaire ascendante. C'est ici surtout que la valeur de la méthode de Caldwell-Luc est grande ; car si on laisse ouverte la brèche osseuse, il est permis de craindre que le sinus frontal reste exposé à l'infection buccale aussi bien que le sinus maxillaire, et par l'intermédiaire de celui-ci,

Je pense être en nombreuse compagnie si je prétends que l'opération de Caldwell-Luc est une opération idéale qui dispense de chercher une autre méthode.

---

### III

## OBSTRUCTION NASALE ET TUBERCULOSE

Par Robert LEROUX.

L'obstruction nasale compte à son actif une série de complications nombreuses, les unes purement locales, les autres retentissant au loin, atteignant lentement mais gravement l'état général. Les premières guérissent vite, sitôt la disparition de l'obstacle, les autres lui survivent, évoluant pour leur propre compte, lorsque celui-ci a persisté trop longtemps.

Parmi ces complications à évolution lente, la tuberculose occupe le premier rang et présente, par sa fréquence et sa gravité, un intérêt tout particulier.

L'obstruction nasale, à elle seule, semble réunir toutes les causes favorisantes de cette affection.

Tous les auteurs qui ont traité de l'insuffisance nasale ont signalé les rapports de la tuberculose et de l'obstruction nasale ; aussi ne nous attarderons-nous pas à confirmer un fait suffisamment bien établi.

Nous rechercherons seulement par l'analyse, pourquoi l'obstruction nasale partielle ou totale est un facteur si important de tuberculose, nous efforçant de montrer par quelles altérations *physiologiques* ou *organiques* elle agit.

Contre l'obstruction nasale, cause favorisante de tuberculose, on peut incriminer *cinq griefs principaux*, que nous passerons successivement en revue :

#### I. SUPPRESSION DES MOYENS DE DÉFENSE DE LA CAVITÉ NASALE.

— L'air parvenu au poumon par voie nasale, est le plus favorable en qualité et en quantité à la bonne hygiène du poumon.

En *quantité*, l'air inspiré par la bouche, surtout pendant le sommeil, ne saurait suffire. Pendant ce temps qui occupe, en



somme, le tiers au moins de la vie, le voile du palais retombe flasque sur la base de la langue et met obstacle à la respiration buccale. Que la voie nasale soit obstruée, la quantité d'air inspiré devient alors totalement insuffisante.

A l'état de veille, la respiration buccale n'est jamais constamment assurée. Il faut fermer la bouche pour mastiquer et pour déglutir. D'où, au cas d'obstruction nasale, les inspirations profondes consécutives à chacun de ces actes. Mais l'ampleur ne supplée pas au nombre ; la régularité du rythme respiratoire est rompue ; le poumon est mal ventilé, tantôt trop et tantôt trop peu.

De cette rupture de rythme, le cœur en subit le contre-coup.

En *qualité*, l'air qui arrive au poumon par voie buccale est loin de valoir l'air nasalement inspiré.

Le nez, première voie d'accès de l'air inspiré, est l'étuve où cet air se chauffe et s'humidifie, le filtre où il se débarrasse de ses impuretés et le stérilisateur où il se dépouille de ses microbes <sup>(1)</sup>.

Ce triple rôle des fosses nasales a été très clairement exposé par Lermoyez <sup>(2)</sup>.

L'*échauffement* se fait d'après la formule de Bloch  $E = \frac{5(T-t)}{9}$  dans laquelle T représente la température du corps et t correspond à celle de l'air ambiant.

L'*hydratation* est telle que l'air, au sortir des choanes, à l'entrée du larynx est à peu près saturé de vapeur d'eau (Aschenbrandt).

La *stérilisation de l'air* est la fonction la plus importante, au point de vue de la question qui nous occupe.

Cette stérilisation se fait *mécaniquement et chimiquement*. Le système pileux plus ou moins développé des fosses nasales forme un premier tamis destiné à arrêter les impuretés de l'air. Puis les saillies du nez reçoivent les poussières plus fines. Ces saillies, disposées pour augmenter la surface de la mu-

<sup>(1)</sup> H. BOURGEOIS. — « Naso-pharynx et tuberculose » (*Presse médicale*, 23 décembre 1905, n° 103).

<sup>(2)</sup> LERMOYEZ. — « Examen fonctionnel du nez » (*Presse médicale*, 11 novembre 1905, n° 91).

queuse, agglutinent, grâce au mucus dont elles sont couvertes, tout corps impropre à la respiration. La zone de Kiesselbach, la tête du cornet moyen, la queue du cornet inférieur, les trois jalons de la route sont couvertes de ces poussières.

Ainsi, au sortir des choanes, l'air se trouve-t-il stérilisé, comme par la méthode de Tyndall.

Les expériences de Saint-Clair Thomson et Hewlett <sup>(1)</sup> ont montré que l'air du cavum était pur.

La stérilisation chimique de l'air inspiré par voie nasale présente un certain nombre de points intéressants.

La rareté des infections nasales, par rapport aux infections pharyngo-laryngées, l'absence de réaction locale aux interventions sur les fosses nasales, ont amené Lermoyez et Wurtz <sup>(2)</sup> à rechercher la cause de cette antiseptie spontanée locale. Ils la trouvèrent dans une action microbicide du mucus nasal.

Cette action existe-t-elle pour le bacille tuberculeux ? Les expériences de Strauss <sup>(3)</sup> ont montré la présence du bacille de Koch dans les fosses nasales. On admet d'ailleurs que la voie d'inhalation est la plus fréquemment empruntée par ce bacille.

On sait, d'autre part, que la tuberculose localisée aux fosses nasales est très rare, si rare qu'Escat <sup>(4)</sup> a pu dire « que la cavité nasale est la seule où la tuberculose primitive ne s'observe pas ».

Comment ne pas invoquer, pour expliquer la présence du bacille de Koch dans les fosses nasales, sans dommage pour la muqueuse, la même action inhibitrice du mucus nasal.

La même hypothèse confirmée, pour d'autres microbes, par

(1) SAINT-CLAIR THOMSON AND R.-T. HEWLETT. — The fate of Micro-organisms in inspired air » (*The Lancet*, January 11, 1896).

(2) B. WURTZ et M. LERMOYEZ. — « Pouvoir bactéricide du mucus nasal » (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, 1893, n° 8).

(3) STRAUSS. — « Sur la présence du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain » (*Arch. de méd. expér. et d'anat.*, juillet 1894).

(4) E. ESCAT. — « Légitimité de la distinction clinique du lupus et de la tuberculose vulgaire des voies respiratoires supérieures » (*Annales des mal. de l'Or., du Nez*, octobre 1905, n° 10).

les recherches de Piaget <sup>(1)</sup>, reste, il est vrai, à vérifier pour le bacille tuberculeux.

Il est cependant hors de doute que sa virulence est très atténuée. Le résultat de cette atténuation : le lupus, présente des différences cliniques si évidentes avec le produit du bacille resté normalement virulent, qu'il y a bien là, pour Escat <sup>(2)</sup>, deux affections distinctes. Mais la communauté de l'agent pathogène : le bacille de Koch, l'identité de la lésion histologique fondamentale : le follicule tuberculeux font du lupus et de la tuberculose vulgaire, deux manifestations d'une seule affection (Massei) <sup>(3)</sup>.

D'ailleurs, le bacille de Koch agit rarement seul, Lombard <sup>(4)</sup> et Laffont ont recherché quelle était la part des associations microbiennes dans l'infection tuberculeuse.

D'expériences très intéressantes, il résulte que chez le cobaye, une tuberculose expérimentale évolue avec lenteur si le bacille de Koch est seul injecté, rapidement, s'il est associé à des matières septiques ou à d'autres microbes.

D'autre part, en clinique, ne voit-on pas la tuberculose d'autant plus grave qu'est plus riche la flore microbienne ? Aussi les auteurs ont-ils été amenés à conclure que le bacille de Koch n'est pas le premier à envahir l'économie et qu'il y pénètre à la suite des germes banaux qui ont ouvert la porte à l'infection.

Le bacille de Koch, ne serait-il ni détruit, ni atténué, quelle serait donc son action isolée dans les fosses nasales, milieu relativement stérile. Aussi vient-il y vivre en saprophyte sans y produire de lésion.

Tous ces moyens de défense, grâce auxquels la cavité nasale

(1) R. PIAGET. — « Etude sur les moyens de défense de la cavité nasale contre l'invasion microbienne » (*Th. de Paris*, 1896).

(2) E. ESCAT. — *Annales des maladies de l'oreille, nez, larynx*, octobre 1905, n° 10, *loc. cit.*

(3) F. MASSEI. — *Revue hebdom. de laryngologie*, 11 mars 1905, n° 10.

(4) A. LOMBARD. — « Rôle des états inflammatoires des muqueuses et particulièrement des cavités nasale et buccale dans l'infection par le bacille tuberculeux » (Congrès internat. de la tuberculose, Paris, 1905, séance du 6 octobre).

peut lutter efficacement contre l'envahissement tuberculeux, se trouvent amoindris ou supprimés dès qu'est constituée l'obstruction nasale, soit du fait de l'obstruction même, soit du fait de la nature ou de la cause de l'obstruction.

II. — ACTION PROPRE DES CAUSES DE L'OBSTRUCTION. — Les causes de l'obstruction apportent à l'infection tuberculeuse une contribution différente selon leur nature, mais toutes agissent par *altération de la muqueuse*. Lombard a insisté sur le rôle de ces lésions de la muqueuse qui servent de porte d'entrée aux microbes banaux, précédant l'invasion du bacille tuberculeux.

Les obstructions, dues à des *productions dures*, osseuses ou cartilagineuses : éperons, crêtes, déviations, sont un obstacle constant, mais rarement total à l'inspiration. Cet obstacle est le même pour l'expiration. La muqueuse, surtout au niveau des proéminences anormales, qui favorisent l'arrêt des poussières et en empêchent l'expulsion, est plus lisse, plus sèche que normalement. Des excoriations s'y produisent aisément, facilitant l'entrée des microbes. A leur suite, le bacille de Koch, moins abondant, vu la quantité moindre d'air inspiré, mais mal atténué par un mucus plus rare, pénètre par la moindre éraillure qui lui est offerte.

Si la cause d'obstruction est un *polype*, la lumière de la fosse nasale est, parfois totalement, mais toujours fortement intéressée. L'obstruction est souvent plus marquée à l'expiration qu'à l'inspiration où les polypes sont comme aspirés vers le cavum. D'où mouvement de va et vient du polype et irritation de la muqueuse. Que survienne une rhinorrhée muco-purulente, ou purulente, conséquence assez fréquente de l'obstruction polypeuse, des produits septiques seront retenus dans les fosses nasales, condition favorable à l'éclosion de la tuberculose.

Dans la *rhinite hypertrophique*, le mode d'infection est assez voisin du précédent. Ici, la muqueuse modifiée dans sa structure, du fait même de l'hypertrophie, est toute prête pour l'invasion microbienne contre laquelle le mucus altéré en qualité et en quantité ne saurait lutter. Au lieu du mucus normal, on rencontre, en effet, dans ces formes d'obstruction, tantôt un

muco-pus, riche en germes infectieux, tantôt un liquide aqueux abondant ne rappelant que de très loin la composition du mucus.

L'obstruction par *végétations adénoïdes* mérite une mention spéciale, non seulement parce que cette cause d'obstruction est une des plus fréquentes, mais aussi parce qu'ici, à la suppression des moyens de défense, vient s'ajouter une circonstance particulière favorisant le développement du bacille tuberculeux.

Les rapports de la tuberculose avec les végétations adénoïdes ont fait l'objet de discussions intéressantes et méritent d'être précisés.

L'existence de *végétations adénoïdes tuberculeuses* est, aujourd'hui, bien démontrée.

En 1894, Lermoyez <sup>(1)</sup>, à la Société médicale des hôpitaux, présente une observation de végétations adénoïdes de nature tuberculeuse. Dieulafoy <sup>(2)</sup> en fait, la même année, le sujet d'un de ses cours et l'année suivante celui d'une communication à l'Académie de médecine. Cornil, après avoir mis en doute leur existence, confirme ensuite l'opinion de ces auteurs. Puis, de différents côtés, des travaux se poursuivent et l'on retrouve la tuberculose dans nombre d'adénoïdes simples en apparence et de nature inconnue jusqu'alors.

C'est ainsi que Dieulafoy peut avancer, d'après ses inoculations au cobaye, que 20 % en moyenne de végétations adénoïdes sont de nature tuberculeuse.

Certains auteurs ont pensé que cette statistique était exagérée et ont incriminé une erreur d'expérimentation. « La présence du bacille de Koch, constatée normalement dans le mucus naso-pharyngien et surtout dans les cryptes amygdaliennes, explique, dit Escat <sup>(3)</sup>, la réussite d'inoculation chez le cobaye.

On doit, en effet, distinguer, avec Lermoyez, les végétations

(1) M. LERMOYEZ. — « Des végétations adénoïdes tuberculeuses du pharynx nasal » (Société médicale des hôpitaux, séance du 20 juillet 1904 et *Presse médicale*, 26 octobre 1895).

(2) G. DIEULAFOY. — *Manuel de pathologie interne*, t. III, p. 175.

(3) E. ESCAT. — *Maladies du pharynx*, p. 373.

bacillaires des végétations *bacillifères*. Cette tuberculose latente des végétations a été étudiée par Jankelevitch (1).

La véritable preuve de la nature tuberculeuse des végétations doit être tirée de l'histologie.

Or, d'après les recherches histologiques, de Moure et Brindel (2) on constate huit fois le tissu tuberculeux sur 30 cas de végétations, soit une proportion de 26,6 %.

Au point de vue de l'étiologie de l'adénoïde, ce chiffre doit être regardé comme trop élevé, si on admet, avec Lermoyez, qu'il s'agit d'une « infection secondaire entée sur une végétation adénoïde simple », sorte de tuberculisation des adénoïdes. Il est cependant à considérer, si l'on pense que plus de 25 % d'adénoïdiens sont en puissance de tuberculose. Et il faut encore ajouter à ces cas, les cas nombreux où, comme l'ont démontré Boulay et Heckel (3), l'infection tuberculeuse s'est faite au niveau de ce tissu lymphatique sans laisser de trace.

Le mécanisme de l'infection est simple. L'hypertrophie du système lymphatique du cavum offre une large surface à l'invasion microbienne, l'obstruction nasale favorise le développement de germes nombreux et amoindrit la résistance locale du sujet, circonstances très favorables au développement du bacille de Koch.

III. — PRODUCTION DE DÉFORMATIONS THORACIQUES. — Toute obstruction nasale entraîne des déformations du thorax. Ce fait n'a pas tout d'abord été admis sans conteste.

La fréquence des végétations adénoïdes chez les dégénérés, coïncidant avec des déformations thoraciques, on a pu supposer que c'était la dégénérescence et non pas les végétations qui était la cause des déformations (Balme) (4). Puis, la similitude des déformations des adénoïdiens avec celles des rachitiques a

(1) S. JANKELEVITCH. — *Semaine médicale*, 1902.

(2) MOURE et BRINDEL. — Société française de laryngologie, otologie, rhinologie, session 1896.

(3) M. BOULAY et F. HECKEL. — « Le nez et la gorge considérés comme portes d'entrée de la tuberculose » (Congrès internat. de la tuberculose, Paris, 1905. Séance du 3 octobre).

(4) BALME. — « Hypertrophie des amygdales » (*Thèse de Paris*, 1888).

fait croire que les unes et les autres relevaient d'une même pathogénie (Phocas) <sup>(1)</sup>.

Mais ces déformations n'appartiennent pas en propre aux adénoïdiens ; on les retrouve chez tous les malades atteints d'*insuffisance nasale*. Elles sont la conséquence du défaut de respiration par cette voie.

Dans ces cas, la ventilation pulmonaire étant diminuée, le thorax ne peut se développer normalement.

Grancher avait déjà noté les relations qui existent entre l'encombrement du cavum et l'affaiblissement du murmure vésiculaire. Mais il est facile de faire la même constatation chez tout sujet atteint d'obstruction nasale. Le murmure vésiculaire, plus faible encore pendant le sommeil qu'à l'état de veille, redevient normal, dès qu'a disparu la cause de l'obstruction (De Gorsse) <sup>(2)</sup>. Chez un de nos malades nous avons pu observer les mêmes faits.

Comme ces déformations sont le résultat de défaut ou d'irrégularité de croissance, on ne les rencontre que chez des individus ayant présenté une obstruction nasale avant leur complet développement. Elles sont d'autant mieux marquées que l'obstacle a été plus complet ou qu'il est survenu chez des sujets plus jeunes. Aussi s'explique-t-on qu'elles soient souvent si accusées pour les *obstructions congénitales* ou les affections qui, comme les *végétations adénoïdes*, ont leur maximum de fréquence chez les tout jeunes enfants, et que, d'autre part, elles s'atténuent ou disparaissent d'autant mieux que les malades sont opérés plus tôt.

Aussi doit-on intervenir très vite pour les obstructions congénitales ou celles qui surviennent chez les nouveau-nés.

S'il n'est, à notre avis, jamais trop tôt pour intervenir, il n'est, non plus, jamais trop tard pour le faire. Les malades bénéficient encore largement d'une intervention tardive, comme le montre un cas d'obstruction congénitale que nous avons

<sup>(1)</sup> PHOCAS. — *Gazette des hôpitaux*, 1891.

<sup>(2)</sup> B. DE GORSSE. — « L'insuffisance nasale » (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, 28 juillet 1906, n° 30).

opéré avec Bellin et dont nous avons rapporté l'observation <sup>(1)</sup>.

Il s'agissait d'un malade, âgé de 24 ans, qui était venu consulter à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du D<sup>r</sup> Ler-moyez, notre maître, parce qu'il n'avait jamais respiré par le nez.

L'examen montra une obstruction membraneuse bilatérale et totale des choanes. Les mensurations thoraciques donnèrent, pour le périmètre sus-mammaire, 83 centimètres, et pour le périmètre xyphoïdien, 76<sup>cm</sup>,6.

Le malade opéré, et la respiration nasale étant rétablie normalement, les mensurations relevées moins d'un an après donnèrent 89,5 pour le périmètre sus-mammaire et 84 pour le périmètre xyphoïdien, soit, en somme, un bénéfice de 6<sup>cm</sup>,5 à la partie moyenne et de 7<sup>cm</sup>,4 à la base du thorax.

Holbrook Curtis a montré, dans des tableaux comparatifs, les variations des dimensions thoraciques avant et après intervention chez les adénoïdiens.

Les déformations thoraciques dues à l'insuffisance nasale ont des caractères spéciaux. On peut, avec Escat <sup>(2)</sup>, distinguer deux types de thorax dus à ces déformations :

1° Le type Robert, type à dépression verticale, caractérisé par l'aplatissement latéral du thorax avec projection de la partie supérieure du sternum (thorax en carène) ;

2° Le type Lambon, type à dépression horizontale, caractérisé par le rétrécissement circulaire du thorax au niveau des attaches supérieures du diaphragme (thorax en sablier).

Le thorax des obstrués des fosses nasales nous étant connu, nous pouvons maintenant établir le rapport qui existe entre la tuberculose et ces déformations.

Quelques auteurs n'ont pas craint de dire que la déformation thoracique était cause de tuberculose (Freund, Aufrecht, Lebert).

Sans considérer la déformation thoracique comme cause proprement dite de tuberculose, nous pouvons admettre, avec Be-

(1) L. BELLIN et R. LEROUX. — « Une observation d'occlusion membraneuse congénitale des choanes » (*Annales des maladies de l'oreille, du nez, du larynx*, août 1905, n° 8).

(2) E. ESCAT. — *Mal. du pharynx*, p. 270.



zançon (1), qu'elle crée une aptitude à concevoir cette affection, en un mot qu'elle y prédispose.

Joffres et Maurel (2), qui ont particulièrement étudié ces déformations, ont montré, au dernier Congrès de la tuberculose, que toute diminution de la section thoracique, en *rétrécissant le champ de l'hématose* et en diminuant la résistance de l'organisme, pouvait être considérée comme une cause prédisposante de cette affection.

Chez les malades atteints d'obstruction, le bacille de Koch n'étant plus arrêté au niveau des fosses nasales, pénètre avec toute sa virulence jusqu'au poumon. L'air y est rare, les alvéoles se déplissent mal, l'hématose est entravée, le sang plus chargé d'acide carbonique, le bacille s'installe facilement dans la place.

IV. DÉVELOPPEMENT DE MALADIES INTERCURRENTES. — La suppléance offerte par la voie buccale à la voie nasale entraîne encore une série de troubles portant les uns sur la respiration, les autres sur la mastication.

L'établissement de la respiration buccale favorise le développement de maladies intercurrentes. L'air inspiré par la bouche à l'inverse de l'air nasalement inspiré est plus froid que ce dernier. On sait combien le *refroidissement* de l'air prédispose à une affection aiguë des voies respiratoires ou à l'*infection des amygdales* en réveillant les germes qui y vivent à l'état latent. D'une part, l'appareil respiratoire est grand ouvert à l'infection bacillaire et, de l'autre, l'amygdale offre une résistance moindre à l'invasion microbienne. Ainsi se prépare le terrain sur lequel le bacille de Koch pourra facilement évoluer. « Il est impossible de soutenir, dit Lombard, que toute hypertrophie amygdalienne est d'origine tuberculeuse, mais on ne peut pas ne pas admettre que toute amygdale hypertrophiée est bacillifère et servira à infecter l'organisme ». Et l'on

(1) A. BEZANÇON. — « Conformations thoraciques chez les tuberculeux » (Thèse de Paris, 1906).

(2) JOFFRES ET MAUREL. — « Du thorax des tuberculeux et des pré-tuberculeux » (Congrès internat. de la tuberculose, Paris, 1905. Séance du 6 octobre).

sait avec quelle fréquence les malades atteints d'insuffisance nasale ont des amygdales hypertrophiées.

Mais l'infection ne se fait souvent que par à-coups successifs. La scrofule, signature d'une infection banale du rhino-pharynx, est la première étape, puis les ganglions se tuberculisent et transmettent à leur tour l'infection aux ganglions du médiastin. Ce mode d'infection par voie lymphatique explique mieux que toute autre la localisation de la tuberculose aux sommets (Boulay et Heckel) <sup>(1)</sup>.

D'autre part, H. Vallée (d'Alfort) <sup>(2)</sup> a pu établir cliniquement et expérimentalement que l'amygdale et le naso-pharynx étaient, pour les bovidés, « l'une des portes d'entrée communément utilisées par le bacille de Koch pour sa pénétration dans l'organisme ».

Mais à côté de cette tuberculose par *voie lymphatique*, il y a la tuberculose par *voie d'inhalation*. Le bacille tuberculeux pouvant être aspiré directement au même titre qu'une parcelle de charbon (Fränkel) <sup>(3)</sup>. Et du fait de l'obstruction nasale, on peut encore observer toute une série d'affections des bronches et des poumons qui augmentent ainsi l'état de réceptivité de ces organes vis-à-vis du bacille tuberculeux. La situation devient grave, dit Alphonse Robert <sup>(4)</sup>, si, « à l'état habituel de dyspnée, vient se joindre une maladie accidentelle des organes respiratoires capable d'en augmenter l'intensité ».

Crouzillac <sup>(5)</sup> a montré que les adénoïdiens pouvaient présenter des *crises d'asthme*. Mufan, Baginsky, Virchow avaient déjà insisté sur ce point en faisant remarquer d'ailleurs que l'*emphysème*, que l'on peut rencontrer chez les adénoïdiens, est

<sup>(1)</sup> BOULAY et HECKEL. — Congrès intern. de la tuberculose, 1905, *loc. cit.*

<sup>(2)</sup> H. VALLÉE. — « La vaccination antituberculeuse des bovidés selon le procédé de von Behring, d'après les expériences de Melun » (*Presse méd.*, 11 nov. 1906, n° 93).

<sup>(3)</sup> FRÄNKEL. — Société de médecine interne de Berlin, 19 février 1906.

<sup>(4)</sup> A. ROBERT. — « Le gonflement chronique des amygdales chez les enfants » (*Bull. gén. de thérapeutique*, t. XXIV, p. 343, 1843).

<sup>(5)</sup> CROUZILLAC. — « Asthme et végétations adénoïdes » (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx*, janvier 1906, n° 1).

toujours fonction de cet asthme. Mais combien de fois la tuberculose n'est-elle pas cachée sous l'emphysème (Landouzy).

On sait avec quelle facilité les obstrués du nez ont des *laryngites* ou des *bronchites*, les mucosités purulentes du cavum non expulsées par le nez inoculant de proche en proche les muqueuses du pharynx, du larynx et des bronches.

Qu'on ajoute aux troubles respiratoires, conséquence de ces affections, ceux qui viennent du gonflement chronique des amygdales, on conçoit avec quelle difficulté se fera l'hématose et combien grands seront les risques de tuberculisations chez ces sujets.

V. ALTÉRATION DES FONCTIONS DE NUTRITION. — L'obstruction nasale ou plutôt le mode de respiration exclusivement buccal retentit sur l'état général et diminue la nutrition. Bien que constamment observés, ces troubles n'ont que peu attiré l'attention. Le mécanisme de cette dénutrition chez les obstrués des narines mérite d'être étudié de plus près.

Les sujets jeunes, à respiration nasale insuffisante, les adénoïdiens, puisque les végétations sont la grande cause d'obstruction chez l'enfant, sont pâles, maigres et profitent peu. Tous les auteurs sont d'accord pour en trouver l'explication dans la respiration défectueuse : l'*hypohématose*, et le défaut d'oxygénation du sang : l'*anoxyhémie*.

Ces troubles sont bien dus à l'obstruction puisque l'intervention qui libère les fosses nasales les fait disparaître.

A ce sujet, l'examen du sang donne des résultats très probants. Mendel <sup>(1)</sup> a montré une augmentation de deux cent mille globules rouges par millimètre cube chez un malade, de plus d'un million chez un autre. De nouvelles recherches devront être faites pour vérifier les bénéfices apportés par la rééducation respiratoire. E. Jacob <sup>(2)</sup> a mis ce sujet à l'étude.

Mais il est déjà acquis que le sang retrouve sa formule normale en même temps que revient le bon état général dès que la respiration nasale est rétablie.

(1) MENDEL. — *Physiologie et pathologie de la respiration nasale*, Paris, 1897.

(2) E. JACOB. — « La rééducation respiratoire. Traitement post-opératoire des rhino adénoïdiens » (*Thèse de Paris*, 1906, p. 23).

A côté des troubles de nutrition dus exclusivement aux mauvaises conditions de l'hématose, il existe d'autres troubles résultant du *mauvais état de l'appareil digestif* auquel on n'a pas attaché suffisamment d'importance ou qu'on a mal interprété.

Certains auteurs ont été frappés par la fréquence des affections intestinales chez les adénoïdiens. L'entérite, voire l'appendicite <sup>(1)</sup> se rencontrent assez fréquemment, en effet, chez ces malades. Ces auteurs expliquent ces affections par une lésion primitive du système lymphatique.

L'amygdale, disent-ils, est souvent hypertrophiée chez les adénoïdiens ; rien d'étonnant à ce que l'appendice, cette amygdale de l'intestin, le soit également ? Et les follicules clos de l'intestin, les plaques de Peyer ne peuvent-ils pas être lésés de la même manière ? Ainsi l'entérite est, pour eux, moins la conséquence de l'obstruction nasale que le résultat d'un même processus agissant ici en hypertrophiant le tissu adénoïde du pharynx, créant la végétation ; là en lésant celui de l'intestin, produisant l'entérite.

Quelque ingénieuse que paraisse être cette hypothèse, elle ne permet cependant pas d'expliquer la disparition des troubles intestinaux avec la cause de l'obstruction nasale.

Une intervention sur le cavum ne peut avoir un si lointain retentissement. Des végétations ou des amygdales peuvent être enlevées, l'hypertrophie des follicules de l'intestin ou de l'appendice n'en saurait pas moins persister.

Toute différente est notre hypothèse. Nous ne voulons voir dans les troubles intestinaux, que l'on observe communément dans les obstructions nasales des enfants, que le résultat d'une *mastication défectueuse*. Au même titre que les vieillards édentés, les obstrués du nez peuvent irriter leur muqueuse gastro-intestinale, parce qu'ils mâchent mal les aliments. Cette muqueuse est ainsi toute prête aux infections les plus banales.

La mastication est défectueuse du fait des *déformations dentaires*. L'atrophie du maxillaire supérieur empêche les dents de

(1) J. DELACOUR. — *Le syndrome adénoïdien. Ozène, végétations adénoïdes. Appendicite chronique*, 1904.

se développer normalement ; celles-ci se chevauchent, sont troublées dans leur croissance, et les aliments sont déglutis sans avoir été broyés.

Un deuxième point sur lequel Vacher <sup>(1)</sup> a déjà attiré l'attention, c'est que les malades *avalent trop vite*. Ne pouvant respirer par le nez, ils se hâtent de libérer leur bouche au plus tôt et trop tôt pour que le bol alimentaire soit un aliment profitable.

Mal mastiqués, mal insalivés, les aliments sont mal préparés pour la digestion, mal utilisés pour la nutrition. Beaucoup d'entre eux n'ayant pu subir l'action des sucs gastrique ou intestinal traversent à la façon de corps étrangers tout le tractus gastro-intestinal qui trouve, dans ce fait, la vraie cause de son irritation.

Il nous paraît superflu d'insister sur la valeur de la dénutrition chez des sujets déjà préparés à l'infection tuberculeuse. Si l'organisme est ainsi privé de tous ces moyens de défense, l'obstruction nasale en est la cause première. Aussi est-ce à elle qu'il faut s'adresser tout d'abord.

Il est de toute importance d'intervenir vite pour lever une obstruction nasale persistante et marquée et de pratiquer des *examens fréquemment* répétés pour rechercher tous les cas d'insuffisance nasale *chez les enfants*.

La respiration normale doit se faire par le nez et *par le nez seul*. Toute respiration buccale est mauvaise.

Si la respiration nasale fait défaut, on doit, à tout prix, la rétablir et la rétablir *rapidement et largement*.

Cette règle est absolue. Faute de l'observer, tout malade atteint d'obstruction nasale est un *candidat à la tuberculose*.

En l'observant, on apportera une large contribution à la *prophylaxie* de cette affection.

---

(1) L. VACHER. — « L'insuffisance nasale, ses formes, ses causes, ses conséquences » (*Presse médicale*, 22 nov. 1905, n° 94).

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ESPAGNOLE (1)

*Séance du 28 mai 1906.*

RUEDA. — Un cas de laryngotomie pour fracture du larynx avec déplacement d'un cartilage aryténoïde. — Il s'agit d'un individu qui, après avoir reçu une ruade dans le cou, est immédiatement pris de toux, de raucité, d'expectoration sanglante, sans cependant présenter le moindre signe de sténose laryngée. Un peu plus tard énorme emphysème du cou.

*Examen.* — La moitié gauche du larynx est le siège d'une volumineuse tuméfaction, de consistance molle et de couleur rouge vineux, cette tuméfaction s'étend à l'aryténoïde, au repli aryténo-épiglottique, à la moitié gauche de l'épiglotte et elle cache ainsi la corde gauche. On voit aussi des caillots de sang. Le côté droit est normal, mais au niveau du cricoïde, on remarque une légère tuméfaction douloureuse, avec ecchymose sous-cutanée, indiquant la fracture de ce cartilage. Au bout de quinze jours, on put constater que l'aryténoïde gauche avait été entraîné dans le plan médian; la corde gauche était blanche et immobile, la voix était normale et l'emphysème, la toux, l'expectoration sanguinolente et toute douleur avaient disparu. En dépit de cette amélioration, le médecin de garde dut, à quelques jours de là, pratiquer la trachéotomie d'urgence.

Pensant à la possibilité de la présence d'un séquestre cricoïdien Rueda examine le larynx par voie sous-glottique, et peut voir du pus descendre du larynx. Il diagnostique une périchondrite suppurée au niveau du foyer de la fracture, et il fait, dès le lendemain, la laryngotomie, alors qu'il existait déjà un état bronchopulmonaire aigu, avec 38°,5 de température et une expectoration fétide. Il trouve sous la muqueuse de la région sous-glottique, un caillot suppuré, et voit en même temps que le côté gauche du cricoïde est détruit. L'opérateur a enlevé le caillot et les fragments cartilagineux.

(1) Compte rendu d'Irueste German. Traduction Mossé.

Les suites opératoires furent bonnes. Les mèches ne furent pas souillées. La tuméfaction et la douleur disparurent ; la respiration et la phonation furent possibles, et au bout d'une semaine la réunion de la plaie thyroïdienne était parfaite.

Malheureusement, à dix jours de là, éclata une pneumonie gauche qui emporta le malade. C'était bien là le véritable danger de l'intervention chirurgicale tentée.

Quelle doit être notre conduite dans les cas de fracture du larynx ? Il y a deux complications à redouter. La sténose du larynx que nous pouvons à tout moment combattre par la trachéotomie, et l'infection broncho-pulmonaire, de laquelle une laryngotomie hâtive, par laquelle on désinfectera le foyer infecté, peut seule avoir raison.

#### *Discussion.*

GOYANES. — Dès l'instant où on a diagnostiqué une fracture du larynx, il faut, comme le recommande Hüter, faire la trachéotomie. On met ainsi l'organe au repos, et on évite l'asphyxie, à laquelle le malade est toujours exposé par la formation presque certaine soit d'hématomes, soit de foyers de suppuration, soit de périchondrite, soit d'œdème du larynx. Quant à la laryngotomie, il n'y a aucune indication de la faire sur le champ : il sera temps s'il survient des complications ultérieures.

TAPIA. — Dans les cas de fracture, la conduite du chirurgien varie suivant qu'il s'agit de fracture complète ou incomplète, ouverte ou fermée. Si le malade respire facilement, s'il n'y a pas d'emphysème, s'il n'y a pas d'hématome, on peut se contenter d'une expectation armée. Si le déplacement des fragments est peu considérable, et même dans le cas où il n'y a pas de déplacement, on peut faire l'intubation, si le malade ne peut être l'objet d'une surveillance de tout instant. L'intubation aura raison du déplacement, réduira la fracture si elle est incomplète et évitera l'asphyxie. S'il y a emphysème, fracture ouverte en dedans, déplacement considérable des fragments, on doit pratiquer d'abord la trachéotomie et, dans la même séance, faire la laryngotomie qui permettra de vider l'hématome, d'extraire des séquestres, et en un mot d'éviter les contingences pénibles qui se produisirent dans le cas que l'on vient de rapporter.

RUEDA n'est pas enthousiaste de la trachéotomie appliquée à tous les cas, et il repousse l'intubation, qui risque de mortifier des tissus déjà enflammés.

VILLA. — Quelques considérations sur l'anatomie normale de l'oreille. — Villa, se basant sur l'anatomie, fait d'abord une étude du rôle de l'oreille dans l'architecture cranienne. Dans la résistance aux pressions verticales, l'oreille sert de point d'appui à la voûte du crâne ; dans la résistance aux pressions latérales, elle agit à la façon d'un coin. Dans les pressions antéro-postérieures elle ne joue aucun rôle. Les fractures du conduit se produisent et rayonnent suivant une direction dépendant de la voûte et non du temporal.

Gaisse. — Le sinus tympani se continue parfois en dedans de la pyramide et du facial. Villa a vu que cette pyramide se terminait en bas par une cavité parfois effilée, parfois, au contraire, arrondie. L'extrémité de cette pyramide, ainsi qu'il l'a constaté sur quelques temporaux, est parfois très voisine de la voûte jugulaire. Les déhiscences de l'aqueduc de Fallope sont assez communes.

Facial. — Il passe tout d'abord entre le limaçon et le vestibule, plus près du premier que du second, et à environ 3 millimètres de l'extrémité antérieure du canal semi-circulaire supérieur. Le facial passe au-dessous du semi-circulaire externe, et ne devient vertical que 2 millimètres plus loin. Dans son trajet vertical, il décrit une courbe à concavité externe.

Topographie du labyrinthe. — Le canal semi-circulaire postérieur dépasse en arrière de 2 millimètres au moins le semi-circulaire externe et correspond à la paroi interne de l'antre. Le semi-circulaire externe est situé dans l'aditus, de telle façon que son extrémité antérieure est plus élevée que la postérieure. Le canal semi-circulaire supérieur correspond à l'aditus, à la paroi interne de l'antre ; l'extrémité antérieure de ce canal est placé à 4 millimètre au-dessus du facial.

#### Discussion.

TAPIA profite de la communication de Villa pour préciser le siège précis de l'attaque du labyrinthe, pour le trépaner. Après avoir analysé les procédés de Jansen, Hinsberg et Botey, il accorde la préférence à ce dernier, surtout si on a recours au protecteur de Bourguet, instrument construit sur cette donnée anatomique, que le bord inférieur du conduit semi-circulaire externe est à 3 millimètres au-dessus de la fenêtre ovale. Ce protecteur formé par une petite lame en métal adaptée à un manche de courbure appropriée, comprend un talon qui s'enchâsse dans la fenêtre



ovale, et une échancrure par laquelle on peut trépaner le labyrinthe sans crainte de blesser le facial. Tapia rappelle les innombrables anomalies de la jugulaire et présente un temporal dans lequel la jugulaire simplement recouverte d'une lamelle osseuse, soulève la paroi postéro-inférieure de la caisse, au point qu'il aurait été impossible de faire la paracentèse du tympan, sans blesser ce vaisseau.

---

### SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE DE BERLIN <sup>(1)</sup>

Séance du 20 juin 1905.

Président : PASSOW.

Secrétaire : SCHWABACH.

KAREWSKI et SCHWABACH. — Fermeture ostéo-plastique d'une perte de substance du crâne, consécutive à l'ouverture d'un sinus. — Après avoir relaté l'observation d'un homme de 22 ans chez lequel, à la suite d'une radicale, un abcès péri-sinusien et le sinus ont dû être ouverts après ligature de la jugulaire, Schwabach explique les conditions dans lesquelles la néo-formation de l'os ne se produit pas. Dans son cas, il n'existait pas de raison expliquant le retard de l'ossification. Le sinus, largement ouvert, est resté couvert de la peau seulement. Le port d'une plaque de celluloid était incommodé. Le malade s'est décidé à se faire faire une ostéoplastie qui a été exécutée par Karewski. Karewski donne les détails de cette opération. Il a pris un lambeau, d'après Koenig, renfermant l'artère occipitale. Sans ouvrir le sinus, Karewski a excisé la cicatrice et implanté son lambeau. Guérison avec résultat esthétique parfait. D'après Karewski, le retard de l'ossification était dû à une ostéo-myélite du temporal.

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après la *Berliner klinisch. Wochens.*, n° 31, 1906.

---

*Séance du 14 novembre 1905.*

*Président : LUCAE.*

*Secrétaire : SCHWABACH.*

**HEINE.** — **Sur l'isoforme.** — C'est un excellent antiseptique qui diminue la formation des granulations et la sécrétion, grâce à son pouvoir caustique. Il est explosible et n'est employé que mélangé au phosphate de chaux ou à la glycérine en forme de pâte. On fabrique de la gaze à l'isoforme.

**RITTER.** — **Contribution à l'anatomie du conduit naso-frontal et des cellules ethmoïdales antérieures.** — Le conduit naso-frontal est situé entre la partie nasale du frontal et la lame basilaire de la bulle ethmoïdale. Si la partie nasale est très développée, le conduit naso-frontal peut être rétréci, comme une sténose relative peut être occasionnée, par une hypertrophie de la lame basilaire. Quant à l'ouverture du sinus frontal, il faut la faire par la voie orbitale qui permet de découvrir même les plus petits sinus. C'est le seul moyen d'éviter la confusion avec une suppuration des cellules ethmoïdales. Quand le sinus frontal est très grand, Ritter propose d'ouvrir le sinus par le point le plus élevé, après avoir, au préalable, ouvert la paroi orbitale du sinus. De cette façon, le résultat esthétique est bon, même dans le sinus de 0<sup>m</sup>,03 de hauteur.

---

*Séance du 12 décembre 1905.*

*Président : LUCAE.*

*Secrétaire : SCHWABACH.*

**LUCAE.** — **Causes d'erreur dans l'examen des sourds à l'aide des diapasons.** — Les diapasons graves, chargés ou non, contiennent à côté de leur son fondamental des harmoniques. Un autre inconvénient est que les diapasons chargés ne peuvent pas entrer en vibrations par un coup d'archet. Quand on les fait sonner par un marteau, l'intensité du son est faible.

*Discussion.*

DENNERT. — A partir de *do*<sup>4</sup>, les harmoniques ne gênent pas, mais ils sont désagréables avec des diapasons plus graves. On les évite quand on fait vibrer les diapasons, non pas avec le marteau, mais, au contraire, quand on frappe le diapason avec sa partie moyenne contre le genou. Ces harmoniques disparaissent très vite si on charge le diapason grave avec des poids. Les meilleurs moyens de contrôle sont les résonnateurs. Quand on fait sonner un diapason trop longtemps, le diapason change sa durée de vibration. L'ouïe aussi se fatigue quand il a été trop souvent exposé à la vibration du diapason. Dennert propose une épreuve quantitative de l'ouïe à exécuter de la façon suivante. On promène un diapason vibrant dans une certaine étendue devant l'oreille, jusqu'à ce qu'il ne soit plus entendu. A chaque passage, une certaine quantité d'ondes arrivent à l'oreille. Quand on n'entend plus le son, on tient le diapason un peu plus longtemps devant l'oreille, et le son est de nouveau entendu. Le temps résiduel, c'est-à-dire le temps pendant lequel le diapason est de nouveau entendu, est le même pour chaque diapason, et différent pour les différents diapasons.

LUCAE. — Les diapasons sont nécessaires pour le diagnostic, les harmoniques des diapasons élevés n'entravent pas l'examen. Un moyen simple pour éviter les harmoniques consiste à bien prendre en main les branches du diapason avant de le faire vibrer, et à descendre les mains jusqu'au manche après la vibration.

---

*SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN (1)*

*Séance du 3 novembre 1905.*

*Président : LANDGRAF.*

*Secrétaire : ALEXANDER.*

BRUCK. — **Parotidite médicamenteuse unilatérale.** — Une jeune femme de 26 ans est venue consulter pour une tumeur dans la région de l'angle maxillaire gauche. La tumeur était rouge, de

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après la *Berliner klinisch. Wochenschr.*, n° 31, 1906.

consistance pâteuse, et gênait pour ouvrir la bouche. La malade prétend avoir eu une tuméfaction pareille depuis son enfance, mais non pas de façon constante. A l'examen, on trouve une légère rhino-laryngite atrophiante, avec tendance à la formation de croûtes. Bruck prescrit de l'iodure de potassium. La malade présente, quelques jours après, une violente tuméfaction de la tumeur parotidienne, qui disparaît avec cessation de l'emploi du médicament. Quelques jours après, l'iodure est repris, et de nouveau la tumeur augmente de volume. En pressant sur la tumeur, Bruck peut vider une petite quantité de sécrétion par le conduit de Sténon. L'expérience avec l'iodure est reprise plusieurs fois, et toujours avec le même résultat ; à savoir : tuméfaction intense de la parotide gauche, sans réaction manifeste de l'autre parotide.

FINDER. — **Trouble hystérique du langage.** — Un malade de 30 ans est obligé d'attendre dix ou vingt secondes avant de pouvoir répondre à une question, la réponse serait-elle même simplement oui ou non. Quelquefois, après effort même, il ne peut pas répondre, mais il peut donner la réponse par écrit et sans hésitation.

GRABOWER. — **Tumeur de la corde vocale droite.** — Un homme de 54 ans porte une tumeur sur la corde droite. Après ablation, on lui trouve les dimensions suivantes : longueur 0<sup>m</sup>,008, hauteur 0<sup>m</sup>,005.

*Examen microscopique : tuberculome.*

Le cas est intéressant par les dimensions et par le siège, car les tuberculomes du larynx sont généralement plus petits, et leur siège d'implantation est, d'après l'ordre de fréquence, le suivant : paroi postérieure du larynx, ventricule de Morgagni, commissure antérieure, quelquefois sur la bandelette et très rarement (7 cas seulement connus) sur la corde. Deux semaines après l'ablation de la tumeur, d'autres lésions tuberculeuses ont paru dans le larynx.

E. MEYER. — **Observations rhino-laryngologiques pendant l'épidémie de méningite cérébro-spinale de 1905, en Silésie** (paraîtra dans *Klinischen Jahrbuch*).

#### *Discussion.*

WESTENHOEFFER. — Les enfants lymphatiques ayant une hypertrophie de l'anneau de Waldeyer présentent généralement aussi

une persistance du thymus et une hypertrophie des plaques de Peyer. L'inflammation de ces plaques n'est pas caractéristique pour la méningite, et ne peut pas être regardée comme une première étape de la méningite cérébro-spinale.

BRUCK demande comment sont les cavités accessoires du nez chez des individus morts de méningite cérébro-spinale.

WESTENHOEFFER. — Meyer n'a trouvé qu'un seul cas de sinusite parmi ses autopsiés. Westenhoeffer, au contraire, a pu constater, dans tous les cas, un seul excepté, l'inflammation du sinus sphénoïdal s'il existait.

La recherche microscopique de méningocoques n'a pas la valeur qu'on pourrait croire. Il faudrait faire des recherches par la culture pour les différencier d'autres microorganismes absolument semblables aux méningocoques, mais non pathogènes.

BRUHL. — Partant de considérations toutes théoriques, Bruhl se demande comment sont les sinus et le pharynx chez tous les malades qui, soit par la haute fièvre, soit par l'état de leur lucidité ou par le degré de leur infection, restent assez longtemps couchés sur le dos sans nettoyer le nez et la gorge. Ne serait-il pas possible que la sécrétion s'accumulât et pénétrât dans les sinus, surtout dans le sphénoïdal ; on pourrait s'imaginer qu'ainsi naissent des états d'hyperémie de la muqueuse du cavum. Pourquoi une pareille hyperémie serait-elle la cause de la méningite ?

WESTENHOEFFER. — A cette dernière question de Bruhl, Alexander s'apprête à répondre en publiant les résultats de cent préparations.

Il faut avouer que les anatomo-pathologistes recherchent l'état du cavum et des sinus, seulement quand le clinicien le demande expressément. Nous voyons que tous les enfants morts d'une maladie un peu longue présentent les symptômes anatomo-pathologiques d'une otite moyenne. *A priori* on pourrait admettre des états auxquels fait allusion Bruhl. Aussi, Westenhoeffer s'est-il proposé d'étudier dorénavant ces détails. Mais les lésions du pharynx constatées dans la méningite sont tout de même par trop spéciales. Meyer a dit qu'elles sont remarquables et c'est le cas. On voit un œdème, les sinus paraissent transparents, donnant l'impression que l'on peut regarder dans la profondeur, et aucune lésion grave, anatomiquement parlant. On ne trouve ni de la nécrose, ni un phlegmon, ni même la moindre lésion de l'épithélium.

On ne trouve rien, pas même le méningocope. Meyer a eu une chance particulière d'en trouver. Ceux que Westenhoeffer a trouvés prenaient tous le Gram.

---

## SOCIÉTÉ D'OTO-LARYNGOLOGIE DE MUNICH (1)

*Séance du 13 novembre 1905.**Président : HAUG.**Secrétaire : HECHT.*

HECHT. — **Présentation de cas :** a) femme de 31 ans, à la suite d'un accouchement, atteinte de paralysie du posticus gauche. Pas de cause décelable.

b) Un homme de 44 ans est atteint depuis six mois d'une affection de la bouche et du pharynx, se manifestant par la poussée de petites bulles de la grosseur d'un petit pois, remplies de sérosité, disparaissant rapidement en laissant des petites plaies douloureuses. L'affection a gagné l'épiglotte et les deux aryténoïdes.

*Discussion.*

NEUMEYER a vu 2 cas de pemphigus de la muqueuse buccale accompagnant un pemphigus caractéristique de la peau. Le cas présenté ne ressemble pas au sien. Il ne s'agit pas d'herpès non plus, les bulles étant trop grandes et les plaies ne provenant pas de la fusion de plusieurs petites plaies.

MADER croit qu'il s'agit d'une forme grave d'herpès. Pour le premier cas il propose l'examen aux rayons X, qui a permis de déceler des anévrysmes autrement introuvables.

STERNFELD n'a jamais vu le pemphigus de la muqueuse sans pemphigus de la peau. De plus, avec chaque éruption du pemphigus il y a un peu de fièvre. Quant au traitement, il conseille de se méfier, dans les cas analogues, du chlorate de potasse, même en solutions peu concentrées. Il est plus avantageux de faire des badigeonnages à l'acide chromique à 1 %. Tous les irritants doivent être proscrits, de même les teintures pour les gencives, comme, par exemple, la teinture d'iode. Les meilleurs gargarismes sont les décoctions de camomille ou de sauge.

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après la *Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 5, 1906.

MADER. — La röntgenothérapie dans les voies respiratoires supérieures (paru dans les *Archiv. f. laryng.*, et analysé dans les *Annales*).

---

Séance du 11 décembre 1905.

THANISCH. — Guérison spontanée d'un cholestéatome de l'oreille.

— Long passé pathologique de l'oreille gauche chez un malade examiné par Thanisch, en septembre 1905. Au premier examen, état suivant : paroi antérieure du conduit osseux manque dans sa partie supérieure, de même la paroi latérale de l'attique. Le regard plonge dans une grande cavité remplie de masses sales. Sur la brèche de la paroi postérieure, un polype. Après ablation de ce polype et seringuage de l'oreille, l'oreille reste sèche. Le conduit, l'apophyse, la caisse et l'attique forment une seule cavité complètement épidermée. C'est un des rares cas d'auto-guérison d'un cholestéatome.

HECHT présente de nouveau le malade atteint de l'affection buccale, montré à la dernière séance. Il s'arrête au diagnostic d'érythème bulleux.

STERNFELD. — Expulsion spontanée d'une racine dentaire du sinus maxillaire dans le nez (article paru dans *Archiv. f. laryng.*, et analysé dans les *Annales*).

#### Discussion.

HECHT a vu un cas analogue. Il s'agit d'une femme de 17 ans, chez laquelle il y a eu fracture de la racine à l'occasion de l'extraction d'une prémolaire. Pendant l'essai fait pour retirer la racine, celle-ci a disparu brusquement pour être expulsée par le nez quelques jours après pendant que la malade se mouchait. Cette malade était atteinte d'une sinusite maxillaire ethmoïdale et frontale. L'ostium naturel du sinus maxillaire montrait une large communication avec le nez, ce qui explique la sortie facile de la racine échappée dans le sinus. Plus tard, il a fallu ouvrir le sinus frontal de la malade, et à cette occasion on a découvert que la paroi postérieure du sinus manquait, et qu'il existait un grand abcès épidual.

---

## SOCIÉTÉ BERLINOISE DE LARYNGOLOGIE (1)

*Séance du 1<sup>er</sup> décembre 1905.**Président : FRAENKEL**Secrétaire : HEYMANN*

GUTZMANN. — **Insuffisance congénitale du voile du palais.** — L'auteur présente deux malades, un garçon de 6 ans et une infirmière de 21 ans. Les deux malades ont en commun de présenter les phénomènes de la rhinolalie ouverte. A l'inspection, le palais paraît normal. Chez le garçon la luette est bifide, chez l'infirmière la luette porte à peine une petite marque de séparation. A la phonation le voile se lève, mais forme une dépression triangulaire là où le palais devrait se terminer. En suivant avec le doigt le raphé du palais, on tombe sur une dépression osseuse triangulaire. Il s'agit d'un commencement d'uransschisme. L'auteur rappelle que Lermoyez a décrit des cas analogues sous le titre d'insuffisance vélo-palatine. Avant lui, Kayser de Breslau a fait une étude de la question. Il n'est pas nécessaire de trouver dans tous les cas une luette bifide, de même il peut ne pas y avoir de défaut dans l'ossification du palais. Le traitement demande le massage du voile pour amener son élongation.

*Discussion.*

LENNHOFF demande s'il y a eu des végétations adénoïdes et si celles-ci n'ont pas contribué au défaut du langage. Si oui, il y aurait eu combinaison de rhinolalie ouverte et fermée. Dans un cas observé par Lennhoff, le malade a soulevé le plancher de la fosse nasale pendant la phonation. Lennhoff a été amené, par cette constatation, à examiner ce plancher. Dans ce cas-là, le trouble de la voix n'a donc pas conduit au diagnostic.

GUTZMANN. — Chez les deux malades n'existent pas de végétations adénoïdes. Quant au traitement, Gutzmann ajoute que, si le massage n'amène pas de guérison, on est obligé d'employer des obturateurs. Enfin, on peut injecter, dans la paroi postérieure

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après la *Berliner klinisch. Wochens.*, n° 34, 1906.



du pharynx, de la paraffine, ce que Eckstein a fait avec plein succès dans plusieurs cas. En terminant, Gutzmann remarque que ces cas d'insuffisance vélo-palatine, sans troubles de la voix, doivent être plus fréquents qu'on ne le croit. A l'avenir, il faudra palper le palais chaque fois qu'on rencontrera une lnette bifide.

**SCHOETZ.** — **Lichen ruber plan de la muqueuse buccale.** — Malade de 40 ans, danseur, prétend avoir constaté il y a huit semaines une quantité de petites taches rondes sur la langue. Depuis quelque temps la muqueuse buccale a blanchi également. Aucun trouble subjectif. Il ne s'agit pas de leucoplasie ni de plaques muqueuses. Chez le malade en question, il s'agit de taches d'une blancheur de neige rondes, grandes comme un petit pois ou comme une fève, avec bord net. Sur la muqueuse des joues, partant des lèvres jusqu'au pilier, sont tendues des stries blanches enlacées, portant par ci par là de petites tumeurs blanches, grandes comme une tête d'épingle. Au toucher, les muqueuses des joues paraissent rudes, tandis que la langue est lisse. Dans les anamnétiques il n'y a pas lieu d'incriminer ni la syphilis, ni le tabac, ni l'alcool. Sur la peau rien de pathologique. Le lichen plan primaire de la muqueuse buccale est une rareté, tandis qu'il accompagne assez souvent (73 %) le lichen de la peau. Le diagnostic est confirmé par l'action positive de l'arsenic.

**LENNHOFF.** — **Tuberculose isolée de la gencive.** — Femme de 37 ans, porte depuis deux ans une ulcération longue de 2 centimètres et demi, large de 1 centimètre sur la gencive. Le fond est pâle, les bords sont minces et flasques, semés de petits nodules. Au-dessus d'une dent incisive une autre petite ulcération analogue.

**MEYER.** — **Présentation d'une préparation.** — Femme de 70 ans, trachéotomisée à l'âge de 35 ans, n'a jamais pu être décanulée. Il y avait une synéchie complète du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx. Dans le pharynx existaient trois sténoses superposées. Le larynx était complètement sténosé.

**MAX SENATOR.** — **Lupus des voies respiratoires supérieures** (analysé dans les *Annales*).

*Discussion.*

MEYER. — Il est impossible de diagnostiquer le côté dans lequel les lésions lupiques ont débuté en se guidant seulement d'après l'examen clinique des fosses nasales. De même, il est impossible de dire si le lupus du nez est antérieur au lupus de la peau ou inversement.

Les perforations du septum sont excessivement fréquentes, et celles qui intéressent le septum cutané peuvent complètement détruire le bout du nez.

Le pharynx est plus souvent malade que ne le pense Senator. De même le lupus du larynx n'est pas une rareté. Le larynx est même un endroit où le lupus se localise de préférence, surtout dans l'épiglotte et les plis aryépiglottiques, tandis que les cordes résistent assez longtemps. La paroi postérieure du larynx donne également rarement prise au lupus, à l'encontre de la tuberculose, ce qui peut être utile pour le diagnostic différentiel. Les symptômes subjectifs dans le lupus du larynx peuvent faire complètement défaut. En conséquence, ces lésions peuvent échapper, si on ne les recherche pas de parti pris chez tous les lupiques. Quant au résultat thérapeutique, l'expérience de Meyer est contraire à celle de Senator.

C'est à peine si on obtient avec tous les traitements une guérison, même temporaire.

ROSENBERG insiste sur le lupus primaire du larynx dont Senator n'a pas fait mention parce que les malades de Senator proviennent d'un service pour les maladies de la peau. Mais Rosenberg connaît plusieurs cas de lupus primaire du larynx ; entre autres, il se rappelle un cas qu'il a observé pendant quatorze ans et chez lequel il y a deux ans seulement est apparue une petite lésion lupique de la figure.

MAX SENATOR rappelle que ses malades proviennent du service de dermatologie, ce qui explique les quelques différences entre ses constatations et celles des laryngologistes. Quant au traitement, il a voulu simplement faire remarquer la supériorité du traitement chirurgical sur les autres traitements essayés.

---

## SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE (1)

Séance du 18 décembre 1905.

Président : V. URBANTSCHITSCH

Secrétaire : HUGO FREY

La première partie de la séance a été remplie par des questions administratives et par l'élection du bureau pour 1906. A la fin de la séance, communication de :

BARANY. — **Sur les fonctions des canaux circulaires.** — Barany résume une série d'expériences tendant à prouver que les excitations de l'appareil vestibulaire ne provoquent pas directement la sensation de la rotation, mais qu'il est probable que le réflexe du nystagmus provoqué par l'irritation de l'appareil vestibulaire est dans un rapport, aujourd'hui encore peu connu, avec la sensation de la rotation.

Pour prouver le pour et le contre de cette théorie, il faudrait connaître un cas avec ophtalmoplégie totale, bilatérale, une paralysie nucléaire de tous les muscles de l'œil, et appareil vestibulaire intact. Si dans ce cas le malade avait, pendant la rotation ou le seringage, une sensation de rotation ou le trouble de l'équilibre, on aurait une preuve manifeste que le nerf vestibulaire seul peut provoquer ces sensations. Barany entre dans l'étude des relations du nystagmus de cause oculaire avec celui de cause labyrinthique.

Plusieurs expériences sont relatées.

*Discussion.*

KREIDEL. — La théorie régnante admet que ce sont les mouvements de l'endolymphe qui provoquent les mouvements oculaires. Le mouvement de l'endolymphe est le substratum de la sensation de la rotation. D'après les expériences de Barany, il faudrait donc interchanger la cause avec l'effet. Les expériences de Barany demandent à être contrôlées.

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après la *Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 5, 1906.

---

## BIBLIOGRAPHIE

**Travaux de rhino-laryngologie**, par A. GOUGUENHEIM (Un vol. gr. in-8°, de 728 pages, Paris, Masson et Cie, 1905.)

La piété filiale trouve sa consolation dans le culte du souvenir de ses chers morts. Elle s'attache à conserver d'eux le peu qui reste ; elle exhume leur passé, le magnifie et le mêle à sa vie présente, pour se donner la réconfortante illusion qu'ils existent encore et l'assistent. Ainsi elle retarde ce qui fait la mort plus cruelle, l'oubli final.

Ce très respectable sentiment a présidé à la publication du livre, où les travaux de mon vieux maître Gouguenheim ont été réunis. Les anciens lecteurs des *Annales* y retrouveront en très grande partie les mémoires parus dans ce journal. La tuberculose laryngée, à laquelle Gouguenheim se consacra surtout, a les honneurs de ce recueil.

Une telle compilation présente surtout l'intérêt de constituer une revue documentaire de l'histoire laryngologique du dernier quart de siècle.

L'homme bon et dévoué qu'est Garel (de Lyon), a écrit en tête de cet ouvrage une préface attendrie, où l'amitié qu'il avait pour Gouguenheim semble heureuse de s'affirmer une dernière fois. Il a raison quand il déplore l'ingratitude de notre époque pour les premiers pionniers de la laryngologie. Où donc en serions-nous arrivés sur la route que nous pensons parcourir si brillamment, s'ils ne l'avaient d'abord ouverte et déblayée, tandis que nous n'avions que la peine de naître après eux ? M. LERMOYER.

**Contribution à l'étude de l'otite moyenne et de la mastoïdite d'origine puerpérale**, par MAUVOISIN (*Th.*, Bordeaux, 1906).

Nous savons combien sont fréquentes les complications auriculaires dans certains états infectieux tels que la grippe, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc. Par contre, l'infection puerpérale ne s'attaque que très rarement à l'oreille, et par suite à la mastoïde. Ce phénomène en soi est logique : Divers microbes pyogènes vivent en saprophytes dans les organes génitaux de la femme ; ils peuvent subir, à l'occasion de la puerpéralité une poussée végétative plus grande ou une aggravation de virulence, et leurs

toxines, résorbées au niveau des ulcérations utérines ou de la plaie placentaire, ces microbes eux-mêmes peuvent entrer dans la circulation et produire une infection localisable à distance, en particulier dans l'oreille des femmes à passé otologique. Comme causes prédisposantes, il faut envisager les poussées congestives survenant à l'époque où les menstruations auraient lieu, mais aussi les accidents survenus dans l'appareil génital à l'occasion de l'accouchement (hémorragies, difficultés du travail) et en dehors de celui-ci (métrite, fausse couches, etc.).

Les symptômes et complications ne diffèrent guère de ceux de l'otite moyenne aiguë. A noter cependant une intensité particulière des phénomènes généraux.

Quoique les otites moyennes aiguës ressortissent à l'action de différents microbes, dans celles qui surviennent comme complications de l'infection puerpérale, c'est le streptocoque pyogène qui est en cause le plus fréquemment. Cependant, dans une observation de Mauvoisin, c'est le staphylocoque qui fut trouvé dans le pus d'une mastoïdite puerpérale trépanée, terminée par la guérison.

Le traitement doit être prophylactique chez les multipares ayant eu des accidents auriculaires après leurs accouchements précédents, surtout au point de vue génital. L'otite une fois déclarée, la paracentèse large s'impose, et si les accidents infectieux éclatent du côté de la mastoïde, du sinus ou des méninges, il faut alors trépaner ou faire l'évidement pétro-mastoïdien.

M. PHILIP.

---

## ANALYSES

---

### I. — OREILLES

Traitement de l'otite moyenne suppurée d'après la méthode de Bier, par FLEISCHMANN (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 5, 1906).

La méthode de Bier a été essayée dans les maladies de l'oreille par Keppler, Heine et Stenger. Nous avons analysé les travaux des deux premiers. Stenger emploie le procédé de Bier concurremment avec les interventions chirurgicales. Le travail de Fleischmann provient du service de Politzer. Comme la méthode de

Bier nous paraît peu recommandable pour les affections de l'oreille, nous ne nous arrêterons pas à analyser en détail les observations desquelles Fleischmann tire les conclusions suivantes. La méthode de Bier demande réflexion dans son emploi. On risque toujours de dépasser le moment pour une intervention nécessaire. Elle change l'aspect de la maladie en rendant latente une forme manifeste, et elle nous induit à une temporisation qui peut être funeste pour le malade. 24 cas ont été soignés, qui comportaient 9 cas d'otite moyenne non compliquée dont 6 ont guéri par la méthode de Bier, de dix en vingt-trois jours. 3 ont dû être traités de la façon ordinaire. L'intervention nécessaire a été plus importante, les soins secondaires ont été plus longs. 2 cas d'otite moyenne chronique avec mastoïdite sont restés réfractaires au traitement par l'hypérémie. 2 cas de périchondrite sont restés stationnaires après un traitement de quatorze et vingt jours. Sur les mastoïdites, les cas jugés susceptibles d'opération ont dû être opérés, à une seule exception.

LAUTMANN.

Un cas de neuro-fibromatose avec participation du conduit, par HAMMERSCHLAG (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 5, 1906).

Réédition d'un cas publié déjà par Tauber. Ses nouvelles constatations concernent l'appareil auditif. L'oreille externe est normale, l'oreille moyenne est atteinte d'un catarrhe chronique qui n'a probablement pas de rapports avec la maladie de Recklinghausen. Le conduit externe est très sténosé, le cartilage manque, probablement à la suite d'un trouble trophique congénital.

LAUTMANN.

Large hiatus de la face externe de la mastoïde, par W. BRAISLIN (*Archives of otology*, vol. XXXIV, n° 3).

Chez une jeune femme de 28 ans, ayant les signes de mastoïdite, l'incision fit découvrir une fissure de trois quarts de pouce de long sur un quart de pouce de large. Il s'agissait manifestement d'une persistance de la fissure squamo-mastoïdienne.

Les fissures de ce genre se rencontrent parfois chez les jeunes sujets, rarement chez l'adulte et il est exceptionnel qu'elles atteignent de telles dimensions.

M. LANNOIS.

Quelques points du traitement des otites aiguës graves et de leurs complications, par A. WIENER (*Archives of otology*, vol. XXXIV, n° 3).

Après avoir indiqué le traitement qu'il emploie (ouverture

large du tympan, drainage soigneux à la gaze iodoformée, aspiration avec le spéculum de Siegle, etc.), l'auteur se demande dans quelles conditions on peut continuer le traitement conservateur sans nuire à ses malades et croit qu'avec un peu de surveillance celui-ci est toujours sans dangers. Il ne croit pas non plus qu'une intervention précoce soit une garantie qu'il ne se produira pas de complications.

M. LANNOIS.

**Trois cas de tumeurs de l'oreille**, par GERBER (*Archives of otology*, vol. XXXIII, n° 6).

1° Dans le 1<sup>er</sup> cas, un jeune homme de 17 ans, il s'agissait d'un *fibrome* de gros volume recouvrant l'anthelix, la racine de l'hélix, la conque et le conduit auditif externe. Les fibromes de ce volume sont rares. Le plus souvent aussi ils siègent au niveau du lobule et sont consécutifs au percement du lobule pour boucles d'oreilles.

2° Dans le 2° cas, une jeune fille de 20 ans, bien portante, le lobule gauche était augmenté de volume, du volume d'une noisette, et cela depuis plusieurs années. On fit une ablation en réparant le lobule autant que possible et l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un *tuberculome*.

3° Dans le 3° cas, un homme de 40 ans, il s'agissait d'un *épithéliome* dont le point de départ resta indéterminé, car il y avait de graves lésions de la caisse et de ses annexes. L'auteur pense que l'origine était dans le conduit auditif.

M. LANNOIS.

**Double abcès cérébelleux. Opération. Guérison**, par W. EAGLETON (*Archives of otology*, vol. XXXIII, n° 4).

Il s'agit d'un cas rapporté antérieurement (*Archives of otology*, avril 1903) et qui continue à bien se porter, près de deux ans après l'intervention (juillet 1902, avril 1904).

L'auteur se livre à quelques considérations sur la voie d'accès du cervelet, la cause des abcès dans ce cas, le pronostic, etc.

M. LANNOIS.

**Thrombose du golfe de la jugulaire; opération, guérison**, par C. KOLLER (*Archives of otology*, vol. XXXIII, n° 5).

Une jeune fille de 21 ans est admise à l'hôpital le 30 juin; elle a eu une amygdalite à la suite de laquelle elle a eu de la douleur dans l'oreille gauche, de la céphalée, de la fièvre avec frissons:

l'observation ne mentionne pas la date d'apparition de ces symptômes, mais des réflexions qui accompagnent l'observation il semble qu'il se soit écoulé deux semaines.

Le lendemain, 1<sup>er</sup> juillet, on fait une paracentèse qui donne issue à un liquide séreux abondant et, *sans attendre davantage*, on ouvre la mastoïde : au cours de l'intervention le sinus latéral est accidentellement ouvert.

Le 11 juillet, comme la malade va mal, qu'elle a de l'œdème de la papille, on curette le sinus et on lie la jugulaire : on en dénude un pouce et demi qu'on enlève et qui ne contient pas de caillot. La malade va d'abord bien jusqu'au 27 juillet, puis il se forme des abcès avec leur cortège habituel et tout ne rentre dans l'ordre qu'après l'ouverture le 14 août, d'un abcès situé au niveau du bulbe de la jugulaire.

L'auteur s'efforce de démontrer qu'il s'agissait là d'une thrombose primitive du golfe de la jugulaire et que la blessure du sinus dans l'opération précoce a été sans influence, mais il faut avouer que ses raisons sont peu convaincantes.

M. LANNOIS.

**Névrite interstitielle des deux nerfs cochléaires dans un cas de tuberculose pulmonaire**, par F. SIEBENMANN (*Archives of otology*, vol. XXXIII, n° 5).

Il s'agissait d'une femme de 51 ans, tuberculeuse avérée, qui avait vu son audition baisser peu à peu depuis vingt ans et chez laquelle Siebenmann avait diagnostiqué une surdité totale droite, une surdité nerveuse double avec altération probable des nerfs cochléaires.

En ce qui concerne les oreilles les lésions étaient : une opacité légère des deux membranes tympaniques ; une légère suppuration terminale, non perforative, des deux caisses ; le remplissage de la partie inférieure de la rampe tympanique droite et l'épaississement de la platine de l'étrier, lésions probablement congénitales et non acquises ; la névrite interstitielle des deux nerfs cochléaires.

Siebenmann rapporte les rares cas où la tuberculose a déterminé de la névrite acoustique : celle-ci peut être d'origine hémotogène, atteindre tout le nerf acoustique ou seulement les rameaux cochléaires. Dans l'un et l'autre cas la lésion a son siège primitif dans la section rétro-labyrinthique du nerf. Ce n'est que si le malade survit longtemps à l'apparition des troubles auditifs que l'on voit la lésion, de rétro-labyrinthique qu'elle était, devenue intra-labyrinthique.

Deux planches en couleurs.

M. LANNOIS.



**Quelques points de l'anatomie chirurgicale du nerf facial, par ALBERTON** (*Archives of otology*, vol. XXXIII, n° 6).

Les recherches ont porté sur dix-huit temporaux d'adultes. Après cuisson pour les débarrasser des parties molles et séchage soigneux, l'auteur injectait par le trou stylo-mastoïdien de la cire d'abeille colorée au carmin.

Il faisait ensuite des coupes horizontales.

Il a tout d'abord étudié les déhiscences, qui se traduisaient par l'échappement d'une gouttelette de cire au dehors du canal de Fallope. Dans la portion mastoïdienne il en a trouvé une probable et une douteuse ; dans la portion correspondant à l'oreille moyenne il en a trouvé sept évidentes et deux douteuses.

Il s'étonne dans ces conditions que la paralysie faciale ne soit pas plus fréquente dans les otites moyennes.

La distance entre le canal facial et l'épine de Henle a été étudiée avec soin. En moyenne cette distance a été trouvée à 15<sup>mm</sup>,9 avec un minimum de 14<sup>mm</sup>,2 et un maximum de 20 millimètres. Nollenius avait trouvé une moyenne de 15<sup>mm</sup>,5 avec un minimum de 11 millimètres. La distance entre le canal du [facial et l'angle postéro-inférieur de l'orifice externe du conduit auditif est en moyenne de 12<sup>mm</sup>,1 avec un minimum de 7<sup>mm</sup>,5. Ces chiffres indiquent la profondeur à laquelle on peut aller sans danger dans les interventions.

Dans sa portion verticale le canal n'est qu'à 3<sup>mm</sup>,5 du bord postérieur de l'anneau tympanique et à 1<sup>mm</sup>,4 de la partie inférieure du sillon qui constitue la paroi postérieure de la caisse. On voit combien le nerf peut facilement être touché en ce point par les caries osseuses qui n'y sont point rares.

Un point intéressant est celui-ci. Dans aucun cas la cire injectée ne pénétra dans le conduit auditif interne, tandis que sept fois elle vint se répandre dans la fosse cérébrale moyenne par l'hiatus de Fallope. Ceci confirme l'opinion de Macewen que dans les cas de suppuration ayant gagné le canal de Fallope la propagation intra-crânienne se fait le long du grand nerf pétreux superficiel.

M. LANNOIS.

**Otite moyenne purulente avec complications intra-crâniennes (abcès extra-dural, méningite) ; ponction lombaire ; guérison, par ARN. KNAPP** (*Archives of otology*, vol. XXXIII, n° 6).

Jeune fille de 16 ans, ayant une double otorrhée depuis une scarlatine à 6 ans avec surdité complète ; elle présente en outre des stigmates de syphilis héréditaire.

A l'opération du côté gauche nécessitée par l'apparition de troubles aigus du côté de la mastoïde, on trouve de la carie osseuse, du cholestéatome, une perforation du canal semi-circulaire externe, une fistule du toit de l'antre avec abcès extra-dural.

Un mois plus tard, après qu'on avait cureté des granulations dans la profondeur de la plaie, les accidents réapparaissent : céphalée, nausées, frissons, etc. — Une ponction lombaire évacue un liquide très trouble dont la cytologie n'est pas indiquée, mais qui ne paraît pas contenir de bactéries. Peu à peu, après un état grave de plusieurs jours, tout s'atténue et la malade guérit.

L'auteur insiste sur les résultats de la ponction lombaire.

M. LANNOIS.

**Abcès temporo-sphénoïdal à streptocoques ; guérison**, par FR. STEPHENS (*Archives of otology*, vol. XXXIV, n° 1).

Homme de 20 ans, opéré pour la mastoïdite seize jours après le début d'une douleur dans l'oreille. Une paracentèse avait révélé dans la caisse du pus à streptocoques, mais il ne fut pas trouvé de pus dans la mastoïde. — Trois semaines plus tard, intervention sur le lobe temporo-sphénoïdal dans lequel on trouve un gros abcès. — Deux ans, plus tard le malade était toujours en bonne santé.

M. LANNOIS.

**Deux cas d'abcès temporo-sphénoïdal guéris par l'intervention**, par R. LEWIS (*Archives of otology*, vol. XXXIV, n° 1).

Notes relatives à deux malades présentés à l'Académie de médecine de New-York en novembre 1904. La première malade avait été opérée à la fin de janvier 1901 et la seconde en juin 1902.

M. LANNOIS.

**Double mastoïdite ; exsudat diphtéritique de la plaie ; mort**, par H. HORLBECK (*Archives of otology*, vol. XXXIV, n° 1).

Enfant de 4 ans et demi ayant une mastoïdite double aiguë consécutive à la rougeole. Trois jours après les deux plaies étaient recouvertes d'une pseudo-membrane épaisse d'apparence diphtérique et qui, de fait, à l'examen bactériologique contenait du bacille de Klebs-Löffler. La gorge ne présentait qu'un peu d'angine catarrhale, mais il ne fut pas fait d'examen.

L'enfant succomba trois jours plus tard, probablement, dit l'auteur, par thrombose du sinus.

M. LANNOIS.

**Elimination d'un énorme séquestre et de l'étrier chez un enfant,**  
par W. BRAISLIN (*Archives of otology*, vol. XXXIV, n° 3).

Enfant de 1 an et demi, très émacié, à ganglions volumineux, qui avait une double otorrhée. Dans l'oreille on sentait un séquestre mobile. Alors que l'enfant était sur la table d'opération pour un curettage de la mastoïde, une nouvelle exploration fit voir que le séquestre était devenu plus mobile et on l'enleva par le conduit. C'était un morceau d'os pyramidal dans lequel on reconnaissait la face externe de l'apophyse et dont la pointe était formée par un quart environ de l'anneau tympanique (segment supérieur et postérieur); il y avait aussi d'autres fragments plus petits.

Huit jours après, pendant une exploration, la sonde ramena l'étrier. Guérison.

M. LANNOIS.

**Deux cas d'otite aiguë suppurative avec mastoidite et méningite causés par le diplocoque intracellulaire de Weichselbaum,** par G. BACON (*Archives of otology*, vol. XXXIV, n° 3).

Le contenu du mémoire est indiqué par le titre. Dans un des cas il y eut guérison après une double intervention; au cours de la seconde le sinus fut ouvert accidentellement. L'autre malade succomba aux progrès de la méningite.

Il ne paraît pas avoir été fait de ponction lombaire.

M. LANNOIS.

**Deux cas de mastoïdectomie pour thrombose du sinus; ligature et résection de la jugulaire; guérison,** par MEKERNON (*Archives of otology*, vol. XXXIV, n° 4).

Guérison dans les 2 cas relatifs, l'un à un enfant de 26 mois, l'autre à une femme de 30 ans.

M. LANNOIS.

**Inconvénients du pansement à la gaze après les opérations de thrombose septique du sinus latéral,** par GIFFORD (*Archives of otology*, vol. XXXIV, n° 4).

L'auteur paraît avoir surtout en vue le pansement du bout péri-phérique et dit que le remplissage de la cavité avec de la gaze a le gros inconvénient d'emprisonner le pus et de le mettre sous tension, ce qui peut déterminer l'érosion du vaisseau et les accidents cérébraux. Il préfère le traitement humide fréquemment renouvelé.

M. LANNOIS.

**Mastoidite double avec participation étendue des cellules zygomatiques**, par BRANDEGIE (*Archives of otology*, vol. XXXIV, n° 5).

Jeune homme de 15 ans. Une bonne photographie fait bien voir l'étendue de la lésion.

M. LANNOIS.

**Affections de l'oreille moyenne et abcès métastatiques du foie**, par MAMSEN-SMITH (*Archives of otology*, t. XXXIII, n° 2, 1904).

Trois cas de suppuration de l'oreille terminés par la mort avec des signes de pyoémie et à l'autopsie desquels on trouva dans le foie des abcès plus ou moins volumineux. Dans le troisième il existait des abcès de même ordre dans le poumon.

A côté de l'exagération de la sécrétion qui a marqué le début, l'auteur signale comme symptôme constant et caractéristique la douleur vive dans l'épaule droite et le cou. Il y a en même temps de la douleur spontanée et de la sensibilité à la pression dans l'hypochondre. Il y a en même temps des signes de pyoémie, température très élevée, à rémissions, frissons, etc. La guérison n'est pas constante.

M. LANNOIS.

**L'intervention dans la mastoidite de Bezold**, par F. SEIMEN (*Archives of otology*, vol. XXXIII, n° 3).

Etude portant sur 17 cas. Sur ce nombre, 13 furent guéris, 3 moururent et 1 cessa le traitement. La mortalité des cas dans lesquels le pus pénètre au-dessous de la mastoïde dans les parties molles du cou s'élève donc à 18,7 % des cas alors que pour les cas ordinaires de mastoidite opérée elle n'est que de 8,8 %.

Dans 9 cas on fut obligé de renouveler l'intervention, deux fois avec ligature de la jugulaire (1 cas de guérison, 1 cas de mort). Il n'y eut qu'une fois un abcès extra-dural.

L'audition resta très améliorée dans 11 des cas guéris.

M. LANNOIS.

**Otite suppurée chronique avec cholestéatome de la caisse et de l'antre ; inflammation sous-cutanée s'étendant à presque tout le péricrâne ; thrombose du sinus latéral avec abcès cérébral et ramollissement du cervelet**, par J. GUTTMANN (*Archives of otology*, vol. XXXIII, n° 3).

Le long titre de cette communication indique son contenu : le point intéressant est l'inflammation de la peau qui paraît avoir été de nature érysipélateuse.

M. LANNOIS.

**Abcès temporo-sphénoïdal otogène avec de multiples abcès cérébraux secondaires**, par ALICE WAKEFIELD (*Archives of otology*, vol. XXXIII, n° 4).

Il s'agit d'une fillette de 11 ans qui depuis une fièvre typhoïde à 5 ans, portait une otite moyenne *gauche* à écoulement intermittent. Elle prit une pneumonie qui évolua lentement : à la fin de cette pneumonie, écoulement abondant de l'oreille. Il y avait une céphalée frontale persistante depuis le début.

Dix jours après cette otorrhée nouvelle on est amené à faire une trépanation mastoïdienne au cours de laquelle le sinus est ponctionné, ce qui démontre qu'il n'est pas thrombosé. Les jours suivants, frissons, fièvre, état vertigineux, etc., de sorte que cinq jours après, on cherche et on trouve un abcès temporo-sphénoïdal. — La malade succombe le cinquième jour, dix jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie on trouve : dans l'hémisphère *gauche* un abcès volumineux dans la partie antérieure du lobe temporo-sphénoïdal et un autre abcès secondaire dans la partie postérieure de ce même lobe ; dans l'hémisphère *droit*, un abcès du lobe temporo-sphénoïdal contenant environ quatre onces de pus verdâtre ; sous *le cervelet*, un abcès qui était situé sous la pie-mère occupant les deux tiers de la surface de l'hémisphère droit et la moitié de l'hémisphère *gauche*.

Des cultures montrèrent qu'il s'agissait du bacille pyocyanique en cultures pures.

M. LANNOIS.

**Contribution à la pathologie et à la physiologie du labyrinthe**, par ERNEST URBANTSCHITSCH (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 2, 1906).

L'observation suivante a été la base de quelques déductions concernant le labyrinthe.

Une jeune fille de 18 ans commence une otite à gauche en 1898. Soignée pour de l'otorrhée pendant dix mois, elle se plaint ensuite de céphalées continuelles auxquelles, en 1902, s'ajoutent des accès de vertige. Elle avait brusquement, pendant qu'elle faisait de gros ouvrages, la sensation de se tourner ; elle voyait noir, quelquefois bleu, tombait par terre et restait sans connaissance pendant quelque temps. Elle n'a pas eu de convulsions, mais on la croyait épileptique. Le Prof. Urbantschitsch l'a vue au commencement de mai. A l'examen, on constatait une destruction complète du tympan, l'enclume et le marteau manquaient, la

muqueuse de la caisse était gonflée et rouge, quelques granulations dans l'aditus.

Radicale le 10 mai, rendue difficile par une hémorrhagie continue. Suites excellentes. Pas de vertige, bon état subjectif. Mais, à chaque changement de pansement, les douleurs étaient intolérables. Il n'y avait ni pus, ni sang, seulement à chaque fois, des petites lamelles osseuses se détachaient.

Le bon état général a duré jusqu'en juin. Au milieu de juin, reparaissent des douleurs dans l'oreille opérée. Au changement de pansement quelques gouttes de pus conduisant par une fistule vers le plancher de la caisse. Le 11 août, Urbantschitsch retire avec une pince une lamelle osseuse du plancher de la caisse, qui, examinée de près, est reconnue comme le limaçon (avec colonne et lame spirale). Au moment de l'extraction, la malade a ressenti une violente douleur, mais pas de vertige.

Vers la fin de septembre, on constate un polype à la paroi postéro-supérieure de la caisse. La brèche rétro-auriculaire s'est fermée après l'extraction du limaçon, la plus grande partie de la caisse est épidermisée. Le traitement consiste dans l'insufflation de thygénol boriqué à 10 % sans que l'on touche au polype. Le 3 octobre, à la suite d'une insufflation de thygénol et acide borique, le polype avait complètement disparu. La brèche rétro-auriculaire complètement guérie.

Le 19 octobre, la malade se réveille avec des nausées et a une perte de connaissance dans la matinée, suivie de vertige. Depuis l'opération (5 mois) le premier vertige. Le soir, bourdonnements intenses. Le lendemain, état normal. A 7 heures et demie du matin, Urbantschitsch, au changement de pansement, fait les expériences suivantes. A la rotation rapide active, pas de vertige, mais cinq minutes plus tard, la malade étant au repos, grand vertige. Pendant le vertige, un nystagmus horizontal à peine marqué. Le 31 octobre, une suppuration profuse provenant de l'endroit où la dure-mère avait été dénudée pendant la radicale. Céphalée temporale et vertige. La malade continue à travailler.

Le 9 novembre, nouvelle intervention permettant d'enlever une membrane pyogène très étendue de la dure-mère. La malade écrit le 3 février 1905 qu'à part un peu de céphalée et de vertige, elle se trouve mieux.

Au milieu d'avril, la malade revient avec un polype de la région durale, derrière lequel du pus était amassé. Céphalée et vertige, mauvais état général.

Le 28 mai 1905, nouvelle opération, excochléation de granula-

tions partant de la dure-mère. Deux jours après, érysipèle de la face. Guérison complète fin juillet. En août 1905, la malade a des sensations acoustiques subjectives dans l'oreille opérée qui en septembre deviennent continues. Il s'agit d'un son, toujours le même, do<sup>2</sup>. En décembre 1905, de nouveau des vertiges. La malade se sent tourner dans la direction des aiguilles d'une montre. Elle voit noir. En janvier 1906, les vertiges sont quotidiens avec augmentation des sifflements dans l'oreille. Après ablation d'une pseudo-membrane, le 20 janvier 1906, la malade se déclare complètement libre.

Voici maintenant les constatations de l'auteur. 1° *Pouvoir acoustique*. Trois semaines après extraction du limaçon, 4 février 1904, les épreuves de l'ouïe ont donné les résultats suivants. La malade entend la gamme continue des sons devant l'oreille gauche à partir de la #<sup>1</sup>. Rinne négatif, Weber incertain. Pour l'oreille droite, la limite inférieure pour la conduction aérienne ou osseuse a été ré<sup>1</sup>. La montre, normalement entendue à 2 mètres, est entendue à gauche au contact. La voix haute et chuchotée est entendue à au moins 6 mètres. Pendant ces examens, l'oreille droite était hermétiquement bouchée.

Le 12 janvier 1905, les épreuves de l'ouïe donnent : à droite limite inférieure pour la conduction aérienne ou osseuse ré<sup>1</sup>. A gauche, conduction osseuse, la #<sup>1</sup>, conduction aérienne la<sup>1</sup>. A partir de ces sons, la gamme continue est entendue. La montre à gauche n'est plus entendue. Voix chuchotée, à droite 6 mètres, à gauche résultat incertain.

En août 1905, un an après l'exfoliation du limaçon, le pouvoir auditif de l'oreille gauche réduit à deux octaves de la # à la #<sup>2</sup> avec diminution de la perception pour les sons les plus élevés. La montre n'est pas entendue ni de l'oreille, ni de la mastoïde.

Le 8 octobre 1905, le diapason n'est plus entendu ni par l'os, ni par l'air. La malade dit qu'elle entend moins bien depuis un an. Elle prétend ne plus entendre la sonnette, par exemple. La malade annonce cette surdité seulement longtemps après son apparition. En conséquence, on a omis d'examiner l'oreille droite à temps. Le 5 février 1906, l'oreille droite examinée donne les résultats suivants. Voix haute à 6 mètres. Montre 0<sup>m</sup>,35. Rinne positif, diminution de la perception, plus marquée encore pour la perception osseuse que pour la perception aérienne. Ainsi, par exemple do<sup>1</sup>, conduction aérienne 10", osseuse 18"; do<sup>1</sup> conduction aérienne 60", conduction osseuse 105", etc. On voit donc qu'il s'est développé chez la malade une infection de l'oreille interne



droite qui, sans être très marquée, est suffisante pour altérer la conduction dans l'os.

Que peut-on conclure de ces épreuves ? La malade entend-elle avec son oreille privée du limaçon ? On ne peut pas songer à une erreur de la part de la malade. D'un autre côté, il faut admettre qu'il est difficile d'isoler complètement une oreille qui entend bien pour ne pas troubler les constatations faites sur l'oreille malade. C'est ainsi qu'on peut expliquer les cas paradoxaux d'audition relativement conservée dans les oreilles dépourvues de limaçon (cas rapportés par Schwartz, Dennert, Gruber, etc., etc.). Il est vrai que Kamm, dans son travail : « Peut-on entendre sans labyrinthe ? » Wendt et autres prétendent qu'un reste d'audition persiste après nécrose isolée du limaçon.

Il est facile de démontrer l'erreur de cette croyance par l'épreuve de V. Urbantschitsch. Deux diapasons de la même tonalité vibrent devant les deux oreilles normales d'un homme sont perçus comme un seul ton et localisés dans la ligne médiane de la tête. Si l'un des diapasons est plus faible, le son est localisé du côté du diapason plus intense, mais l'intensité de son entendu est plus grande que si le seul diapason intense vibrerait. Si, dans la même expérience, une oreille est sourde, il n'y a pas de changement ni dans la localisation, ni dans l'intensité. Cette épreuve a été faite dans le cas en question.

La surdité de l'oreille gauche s'est installée progressivement ; elle a mis quatorze mois pour disparaître complètement. Ce pouvoir auditif n'est qu'apparent. La perception se fait par voie osseuse dans l'oreille saine, la sensation est seulement faussement localisée. Quant à la diminution du pouvoir auditif de l'oreille droite, on peut songer à une affection sympathique. Des recherches ultérieures seront faites pour élucider ce point.

2° *Sensations acoustiques subjectives.* — Pourquoi le nerf irrité à la périphérie réagit-il toujours par le même son ? On ne peut pas admettre, ce que dit Gradenigo, que l'appareil percepteur réagit sur toutes les irritations par le même son identique chez les individus différents. Il est probable que le point de départ des bruits subjectifs n'est pas dans le limaçon. Notre cas le prouve et il n'est pas unique dans la littérature. Il existe quatre-vingt-huit observations relatant la destruction du limaçon, dont quatre parlent de bruits acoustiques subjectifs. Il est possible d'admettre que les bruits subjectifs perçus après destruction du limaçon proviennent du vestibule. La coexistence des vertiges plaide fortement pour l'hypothèse d'une irritation du vestibule.



A ce propos, Urbantschitsch entre dans le détail de la perception des bruits acoustiques subjectifs. Il existe des bruits subjectifs partant de l'appareil auditif par irritation des rameaux terminaux dans le limaçon (bruits labyrinthiques). Il existe des sensations acoustiques subjectives dues à une irritation du nerf acoustique (bruits nerveux). Enfin, par action à distance peuvent naître des bruits réflexes.

LAUTMANN.

**Recherches sur le nystagmus rythmique provoqué par l'appareil vestibulaire, et sur les phénomènes qui accompagnent ce nystagmus,** par R. BARANY (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 4, 1906).

Ce travail ne forme pas un seul article, mais constitue tout un numéro de la *Monatschrift*. L'auteur distingue les nystagmus suivants : a) nystagmus volontaire ; b) physiologique ; c) congénital chez les albinotiques, amaurotiques ; d) des mineurs et analogue à celui-ci, le spasmus nutans ; e) nystagmus dans les parésies oculaires ; f) nystagmus dans les maladies nerveuses ; g) nystagmus provoqué par la fixation des objets en mouvement ; h) nystagmus ondulans ou nystagmus associé ; i) nystagmus provoqué par le trijumeau ; j) nystagmus réflexe par exemple, par anémie ou maladie de l'utérus ou intoxication par alcool. A ces groupes moins intéressants pour les otologistes, l'auteur ajoute les recherches sur les nystagmus vestibulaire, calorique et galvanique, qui contiennent une série d'expériences personnelles faisant le fond de ce travail et demandant impérieusement des recherches de contrôle. Tout en les mentionnant, il nous sera impossible de les analyser complètement. En continuant la revue générale du travail, nous avons encore à mentionner les recherches sur le nystagmus provoqué par la compression et la raréfaction de l'air. Quant aux phénomènes accompagnant le nystagmus, ce sont des études sur la physiologie et pathologie du labyrinthe, concernant les troubles consécutifs à la destruction du labyrinthe sain et aux altérations pathologiques de l'appareil vestibulaire. La fin de l'ouvrage constitue une théorie du nystagmus et une bibliographie mentionnant plus de deux cents ouvrages.

Voici maintenant le résumé dans lequel Barany exprime sa théorie :

L'examen de la fonction de l'appareil vestibulaire à l'état normal ou à l'état malade appartient au chapitre le plus difficile de la physiologie et de la pathologie. Les causes sont différentes : parce que les excitations de cet organe des sens sont perçues seulement dans certaines conditions, parce qu'elles n'ont pas de signe

local, et parce qu'elles sont liées de façon indissoluble à d'autres sensations, à celles des muscles et des articulations. C'est aussi le seul organe des sens dont nous ne pouvons pas exclure les excitations par notre volonté. C'est la cause principale pour laquelle on l'a reconnu si tardivement comme organe des sens.

Si l'on veut percevoir isolément les excitations de l'appareil circulaire, il faut examiner les sensations à l'arrêt, après rotation passive, après galvanisation de la tête ou pendant les lavages (de l'oreille) à l'eau froide ou chaude, pendant que la tête et le corps sont fixés. Ici encore les excitations de l'appareil circulaire sont combinées avec les excitations provoquées par le nystagmus réflexe des yeux. Ce nystagmus peut être éliminé en regardant dans la direction de la composante lente du nystagmus. On constate que, par la suppression du nystagmus quand les yeux sont fermés, la sensation de la rotation fictive du corps est également supprimée. En conséquence, le nystagmus est une cause essentielle pour la sensation de la rotation et, sans l'excitation du nystagmus, l'excitation de l'appareil vestibulaire n'est pas perçue.

Les sensations subjectives de l'excitation de l'appareil circulaire, c'est-à-dire la sensation de rotation fictive du corps, quand on ferme les yeux, ont aussi de grandes différences suivant les individus. Pour les épreuves de la fonction de l'appareil circulaire, il ne faut attribuer qu'une valeur très restreinte aux assertions des sujets examinés. Cependant, là où on trouvera des données anamnestiques précises montrant que la rotation fictive des objets ou du corps du malade a duré un certain temps, on pourra admettre un vertige vestibulaire avec nystagmus. Il y a aussi des cas de nystagmus vestibulaire où il n'existe pas de rotation fictive.

Des recherches sur les animaux et quelques observations isolées sur l'homme ont montré que déjà le plus faible mouvement de l'endolymphe dans les canaux circulaires, qui est à considérer comme excitation physiologique, peut provoquer des mouvements oculaires, en direction déterminée, d'étendue et de cours déterminés. Il faut donc considérer les mouvements oculaires, spécialement le nystagmus rythmique, comme indicateurs de l'excitation de l'appareil circulaire. Le fait que le nystagmus est complètement indépendant de la conscience et, qu'abstraction faite de la direction du regard, est complètement en dehors de notre volonté, donne au nystagmus une grande valeur objective dans l'appréciation de l'état de l'appareil circulaire. L'épreuve de la fonction de l'appareil circulaire consiste à déterminer d'abord la présence ou l'absence du nystagmus spontané, surtout dans la

position latérale maxima des yeux ; ensuite, à examiner ces mouvements nettement caractéristiques des yeux consécutifs aux différentes méthodes physiologiques d'irritation. Ces méthodes sont : a) la rotation active et passive autour d'un axe vertical dans les différentes positions de la tête et la constatation du nystagmus à l'arrêt ; b) les injections d'eau froide et d'eau chaude ; c) la galvanisation de la tête ; d) la raréfaction de l'air dans le conduit externe, ou alors une pression directe sur une fistule éventuelle du labyrinthe. Ces diverses méthodes d'épreuves seront utilisées chaque fois que l'on soupçonnera une maladie de l'appareil circulaire. Jusqu'à présent ces méthodes ont donné un résultat pratique et positif, principalement dans le diagnostic de la diminution et de la perte unilatérale de la fonction de l'appareil circulaire. La rotation, aussi bien que les injections et la galvanisation, ont donné un résultat typique dans chaque cas où l'appareil circulaire est normal. S'il existe une destruction unilatérale de l'appareil circulaire, on ne peut pas provoquer de nystagmus par injections ou galvanisation de l'oreille malade. Par la rotation, on obtient une modification typique de la réaction caractéristique pour la destruction unilatérale. Dans la destruction bilatérale de l'appareil vestibulaire, on n'obtient pas de nystagmus, ni par rotation, ni par injections, ni par galvanisation. La reconnaissance de la perte de la fonction de l'appareil circulaire, le diagnostic de la suppuration du labyrinthe sont, principalement en cas d'intervention, de la plus grande importance.

L'épreuve du nystagmus spontané doit être corroborée par la recherche du nystagmus anormal, c'est-à-dire par le nystagmus qui se montre dans les différentes positions de la tête. Dans les cas accompagnés de vertige, on remarque un nystagmus pathologique anormal qui ne peut être expliqué ni par les mouvements ni par la position de la tête. Ces recherches ont une grande importance dans les traumatismes survenus chez les malades atteints d'affection de l'oreille interne.

Sur le nystagmus calorique, c'est-à-dire le nystagmus provoqué par l'injection d'eau froide ou chaude, Barany a trouvé que, lorsqu'on veut éviter le vertige, on doit employer, pour le lavage, de l'eau à la température exacte du corps, car, parfois l'eau différente de 1° de la température du corps, peut provoquer vertiges, nausées et nystagmus.

Les mouvements réactionnels (troubles de l'équilibre), consécutifs aux excitations énergiques de l'appareil circulaire, ont, dans l'expérience physiologique, une relation intime avec le nystagmus

et avec la position de la tête. Ils sont en petite partie subordonnés au nystagmus et, en grande partie, ils sont l'effet de l'excitation de l'appareil circulaire. Le fait que physiologiquement ils ne se montrent qu'après les grandes excitations de l'appareil vestibulaire et que, dans le cas où ils ne sont pas dûs à une grande excitation, ils sont subordonnés aux influences conscientes et inconscientes (la suggestion), fait que les troubles de l'équilibre jouent un rôle secondaire dans l'appréciation de la fonction de l'appareil circulaire.

Donnons, pour illustrer le 'genre d'expériences faites par l'auteur, quelques exemples. Si l'on fait une injection dans l'oreille droite, la température de l'eau étant au-dessous de la température du corps, la tête du malade tenue toute droite, on provoque un nystagmus dirigé à gauche, de caractère généralement rotatoire, avec une composante horizontale. Ce nystagmus est le plus marqué quand le malade regarde à gauche, le moins marqué quand il regarde à droite. Ce nystagmus peut être provoqué par toute oreille dont l'appareil vestibulaire est intact, même avec tympan normal. La période de latence seulement est plus grande quand l'eau injectée n'est pas en contact avec la paroi latérale du labyrinthe, et il faut que la différence de température soit plus marquée. Quand l'eau est chaude, le résultat est identique, seulement le nystagmus est contra-latéral. Si la tête est inclinée du côté gauche pendant ou après l'injection, le nystagmus est principalement droit, horizontal, etc. En même temps peuvent se montrer d'autres phénomènes ; ainsi, par exemple, dans notre expérience choisie, le malade tombe du côté où l'on fait le lavage ; si l'on tourne la tête du malade de 90° à gauche, il tombe en avant, si on la tourne d'autant de degrés à droite, il tombe en arrière. Incline-t-on la tête sur le côté gauche, le trouble de l'équilibre disparaît immédiatement. On pourrait citer des expériences analogues sur la rotation galvanique. Mais, où le travail échappe complètement à l'analyse, c'est dans la partie traitant de la théorie du nystagmus.

Les données anatomiques et physiologiques sont basées sur les derniers travaux de Mach, Breuer, Obersteiner. LAUTMANN.

**Sur l'état actuel de la théorie de Helmholtz sur la résonnance**, par  
GEORGES BOENNINGHAUS (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 3, 1906).

Ce travail, formant une leçon d'ouverture, constitue en somme un exposé de la théorie de Helmholtz, d'après laquelle l'organe de

Corti sert à la perception du son, grâce à son pouvoir d'analyser le son et de vibrer avec les fibres de la lame basilaire. C'est la seule théorie qui permette d'expliquer facilement les différents phénomènes acoustiques. L'organe de Corti entre en vibration par le mouvement de l'endolymphe (eau du labyrinthe). Il est évident que le mouvement de cette eau ne doit pas se faire *in toto*, mais qu'il s'agit d'un mouvement moléculaire. Comment se fait la transformation de l'onde aérienne dans le mouvement moléculaire ? Sur ce point Helmholtz garde le silence, dit Boenninghaus. On se rappelle les travaux de Boenninghaus sur l'organe acoustiques des cétacés (baleine). La baleine vivant dans l'eau, pourvue d'une bonne ouïe, a ses osselets transformés en colonne rigide. Le mouvement de l'eau, se transportant à l'eau du labyrinthe, peut impressionner la membrane basilaire à travers la colonne rigide des osselets. Chez l'homme, il a fallu rendre cette colonne souple et, grâce à la courbure du tympan, mais surtout par l'action en forme de levier de l'étrier, l'eau du labyrinthe, mise en mouvement comme par un moteur, fera non point un mouvement en masse, mais un mouvement moléculaire. Et ainsi se produit le son.

LAUTMANN.

**Les paralysies otogènes de l'abducteur, par ALT (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 2, 1906).**

On connaît aux paralysies de la sixième paire dans le cours d'otites moyennes les causes suivantes : a) cause réflexe par voie du nerf vestibulaire, dont on connaît les relations intimes avec les noyaux des autres nerfs oculaires ; b) une cause infectieuse par le processus nécrotique dans le temporal, ou par la propagation de l'inflammation dans le sinus caverneux et le nerf de l'abducteur ; c) on suppose aussi, dans quelques cas, l'existence d'une arachnites séreuse ; d) on connaît des cas où une méningite, localisée à la pointe du rocher, a pu attaquer l'abducteur, là où il entre dans la dure-mère. On sait que Gradenigo s'attache surtout à cette dernière cause.

ALT a eu occasion d'observer un cas analogue à celui rapporté par Lombard dans les *Annales*, cas qui est pour Alt un exemple de la paralysie réflexe par voie du nerf vestibulaire. Il cite encore les observations publiées par d'autres auteurs. La nature réflexe de la paralysie est démontrée quand la paralysie apparaît immédiatement à la suite d'une lésion d'un canal circulaire pendant l'opération, ou à la suite d'une intervention dans la caisse seulement. Même de simples irritations de l'appareil vestibulaire pendant une otite

moyenne peuvent occasionner une paralysie de l'abducteur. Guérison de l'otite et disparition de la paralysie vont alors ensemble. Cette notion est importante pour la conduite à tenir en présence d'une paralysie de cette nature.

Dans la littérature on parle bien de paralysie de l'abducteur provoquée par un processus nécrotique, mais il n'existe aucune autopsie probante. (V. Article de Lombard paru depuis celui-ci dans les *Annales*). Plus probable est la paralysie occasionnée par propagation de l'inflammation dans le sinus caverneux. L'apparition de la névrite optique en même temps que la paralysie de l'abducteur, quand tous les autres symptômes méningitiques ou pyémiques manquent, rend ce diagnostic vraisemblable.

Mais la cause la plus fréquente est sans conteste une méningite localisée à la pointe du rocher (Habermann). De même sont connues les paralysies de l'abducteur causées par une méningite séreuse et par un abcès extra-dural.

LAUTMANN.

## II. — NEZ

**Maladies aiguës de l'œil, consécutives à des maladies aiguës du nez**, par BAUMGARTEN (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 3, 1906.)

Il s'agit de quelques cas d'œdème oculaires observés par Baumgarten, qui, par leur étiologie, intéressent le rhinologiste.

*Exophtalmie unilatérale, chémosis bilatéral consécutifs à une ethmoïdite séreuse.* — Fillette de 8 ans se présente, sept jours après une grippe légère, avec un œdème de l'œil gauche, exophtalmie et chémosis de l'œil droit. A l'examen, le cornet moyen paraît hypertrophié. Après résection de la tête du cornet moyen, il s'écoule un peu de sérosité. L'œdème diminue une demi-heure plus tard. Deux jours après il ne persiste que l'exophtalmie. Baumgarten ouvre, avec la pince de Grünwald, les cellules ethmoïdales. Le lendemain l'exophtalmie avait disparu.

*Chémosis et ulcération de la cloison du nez.* — Un homme se présente avec un œdème de la paupière supérieure de l'œil droit. Dans le septum du côté droit, Baumgarten découvre une petite ulcération qu'il croit être d'origine syphilitique. Cautérisations de l'ulcération à l'acide lactique et l'iodure de potassium amènent une disparition de l'œdème en huit jours. Baumgarten a vu un autre cas analogue à celui-là.

*Parésie du muscle droit interne et de l'oblique inférieur. Diplopie*

*consécutive à une sinusite sphénoïdale.* — Chez une malade de 30 ans, l'examen ne permet pas de découvrir la cause de la paralysie des muscles oculaires. A l'examen du nez on ne trouve rien, à part un peu de catarrhe. Comme l'ostium du sinus sphénoïdal n'est pas visible, Baumgarten essaye de sonder la paroi antérieure du sinus. A un certain endroit il sent que la paroi est mince et qu'elle cède à une petite pression. Il s'écoule aussitôt une sérosité sanguinolente. Au même moment la malade dit qu'elle voit bien de nouveau. L'examen détaillé de son œil ne permet pas de constater la moindre paralysie.

*Néuralgie orbitale et supra-orbitale causée par une bulle ethmoïdale suppurée.* — Un malade se plaint de violentes douleurs dans l'œil droit. Dans le nez à droite, Baumgarten trouve une tumeur de la grosseur d'une fève, sur le pôle antérieur du cornet moyen. En ouvrant cette tumeur avec la sonde, Baumgarten vide quelques gouttes de pus. Le malade soulagé refuse toute autre intervention.

*Exophtalmie et sinusite sphénoïdale séreuse.* — Jeune fille de 18 ans a une exophtalmie à gauche. Se rappelant de son cas (plus haut cité), Baumgarten essaye d'ouvrir à la sonde la paroi du sinus sphénoïdal, ce qui réussit facilement. Il s'écoule un liquide sanguinolent et la malade a brusquement la sensation que son œil a repris la position normale.

Il est probable, dit Baumgarten en terminant, que le nombre des cas analogues augmentera bientôt beaucoup. Il faudra seulement se garder de rendre le nez responsable de toutes les maladies obscures de l'œil.

LAUTMANN.

**Les injections et les implantations de paraffine dans les plastiques du nez et de la figure,** par ECKSTEIN (*Berliner klinisch. Wochenschr.*, n° 31-32, 1906).

Après avoir insisté sur les avantages qu'offre la paraffine dure pour les injections, Eckstein décrit son nouveau procédé d'implantation. L'injection de paraffine demande pour réussir une certaine mobilité des tissus. Quand on peut soulever la peau avec le doigt, de façon à ce que la déféctuosité disparaisse, le résultat avec l'injection de paraffine dure sera idéal. Aucune douleur pendant l'injection, stabilité indéfinie après. Quand la peau n'est pas complètement adhérente à la base, on peut encore obtenir un bon résultat par des séances d'injections, séparées par des semaines et des mois. Entre les séances, il faut distendre et masser la peau. Quelquefois des petites adhérences peuvent être dissoutes avec le



petit ténotome décrit par l'auteur (*Berliner klinisch. Wochensch.*, n° 42, 1903). Mais si la tension de la peau est trop grande et résiste à ces moyens, il faut avoir recours à l'implantation.

Voici la technique :

Avant l'opération, on coupe un morceau d'une lamelle de paraffine (point de fusion 75°) avec un couteau convexe dont la lame a 0<sup>m</sup>,01 de long ; et on taille le morceau dans la forme qui doit correspondre à la défectuosité qui est à remplir. Cette forme varie à l'infini. Presque pour chaque cas une autre forme est nécessaire. Comme caractère principal, la surface doit être toujours lisse, et les bords aussi finement marqués que possible. Quand il faut donner une certaine rondeur au morceau, on le tient un moment dans l'eau chaude ou à la vapeur, et on le courbe avec précaution. Si l'on a coupé plusieurs prothèses, on les désinfecte en les couvrant d'un tampon et en les faisant baigner longtemps dans une solution antiseptique. Le malade est désinfecté, comme d'habitude, et on fait une infiltration d'après Schleich, assez intense pour anémier tout le champ opératoire. On peut aussi ajouter quelques gouttes de suprarénine dans la solution de Schleich, pour rendre l'anémie encore plus complète.

Dans les rares cas où la narcose est nécessaire, on injecte pour commencer la solution de Schleich avec suprarénine ; on attend dix minutes, jusqu'à ce que l'effet anesthésiant de la suprarénine se produise. Au lieu de cocaïne, Eckstein emploie maintenant la novocaïne. Quand l'anesthésie locale ou générale est obtenue, on fait une incision au moins à 0<sup>m</sup>,01 du bord de l'endroit à combler, assez grande seulement pour donner place au passage du morceau de paraffine. Puis, avec des ciseaux courbés on détache la peau, respecte la cicatrice, sur la défectuosité, pour faire un espace suffisant. On mobilise également le bord latéral de l'incision sur une longueur de 1 à 2 centimètres. Puis on arrête le sang, qui est peu abondant par l'emploi de la suprarénine, et on implante la prothèse, non avec une pince pour ne pas la casser, mais plutôt avec le doigt. On s'assure qu'elle tient bien si elle remplit la défectuosité sans tension. Dans le cas contraire, on l'enlève pour en mettre une autre et on ferme avec quelques points de suture. Quand, au lieu d'un morceau plus solide, on doit employer des lamelles plus fines, comme cela arrive parfois quand il s'agit de remplir des cicatrices superficielles, et surtout quand il s'agit de relever l'aile du nez affalée ou cicatrisée, on se sert pour l'implantation d'une pince à implantation, de préférence au doigt.

On trouve la pince à *Medizinisches Warenhaus Berlin*.



Les inconvénients de cette nouvelle méthode consistent dans la réaction et dans la formation d'une cicatrice. La cicatrice disparaît au bout de quelques semaines. Quant à la réaction, les rares fois où elle a été grande (suppuration, par exemple), elle a obligé Eckstein à retirer la paraffine. Mais, une ou deux semaines plus tard, l'implantation a pu être répétée avec succès. Quelquefois, malgré la suppuration, la prothèse s'est maintenue.

Eckstein passe en revue les indications pour la prothèse par la paraffine. Dans les difformités du nez « en sellette », après les grands traumatismes, on peut obtenir des formes remarquables. Une difformité : l'aplatissement du bout du nez est incorrigible. Une excision cunéiforme du bout élargi augmente généralement la difformité. Les nez « en trompette », comme difformité congénitale, sont des opérations dont le résultat est excessivement favorable. On peut également corriger des nez convexes, le nez aquilin et sémitique, qu'on transforme en nez d'un profil grec. Eckstein a eu occasion de corriger des nez mutilés par une résection du septum. La syphilis héréditaire offre plusieurs variétés ; comme la pointe du nez est rarement épaissie dans ces cas, les résultats sont bons. La restauration de l'aile du nez est quelquefois très difficile ; quand elle est complètement détruite, il faut faire une transplantation du pavillon de l'oreille, d'après Kœnig jeune. Quand l'aile est simplement affalée, on peut essayer l'implantation d'un fil d'argent en forme de triangle. Généralement il s'implante bien et il ne faut retirer, au bout de quelques mois, que la partie médiane du triangle ; le reste de la prothèse suffit. Mais comme il est ennuyeux de retirer une partie de la prothèse, il est préférable de faire une infiltration épaisse dans l'aile du nez, et d'implanter ensuite très facilement, avec la pince à implantation, un morceau de paraffine.

Les plastiques du nez sont les plus difficiles et les plus importantes. Eckstein a eu aussi occasion de faire les corrections suivantes sur d'autres endroits que le nez : défauts après syphilis, tuberculose, traumatisme dans les différents os du crâne, fermeture d'un méningocèle, correction des rides du front, cicatrice après résection du maxillaire, après abcès dentaire, contraction après paralysie irréparable du facial. L'ophtalmologie a quelquefois recours à la paraffinisation. Enfin dans l'otologie, on paraffinise les brèches rétroauriculaires. En terminant, Eckstein dit que les beaux résultats, dans l'emploi de la paraffine, sont obtenus par le calme, l'exactitude, la pratique et la bonne assistance.

LAUTMANN.

**Aperçu sur l'état actuel de la cure des sinusites avec présentation d'opérés de sinusites frontale, fronto-maxillaire et fronto-ethmoïdo-sphénoïdale**, par TRÉTROP (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, octobre 1906).

Exposé très clair de la portion du traitement actuel des sinusites chroniques : et présentation de beaux succès opératoires. L'auteur se déclare partisan du traitement éventuel de la sinusite maxillaire par l'orifice naturel, qui lui a donné le succès avec les sondes spéciales qu'il a fait construire. Il reconnaît que cette méthode, sans être difficile, exige du doigté, et qu'elle n'est pas applicable dans les fosses nasales étroites ou à cloison déviée. Plus loin, il signale les sinusites frontales sèches, ou sinusalgies, intéressantes à connaître : si leurs symptômes bruyants font penser à la nécessité d'opérer, cependant leur bénignité est relative, car elles guérissent par un traitement endo-nasal. L'opération d'Ogston-Luc est celle à laquelle il a recours quand il n'existe pas de grandes lésions ethmoïdales.

M. LERMOYEZ.

### III. — LARYNX

**Sur la sténose de la trachée et des bronches**, par MOWOTNI (*Archiv. für laryngologie*, tome XVII, Bd II).

Demain, quand la trachéo-bronchoscopie appartiendra à la technique courante de notre spécialité, un travail comme celui que Mowotni publie manquera tout à fait d'intérêt. Aujourd'hui la majorité des spécialistes a encore des difficultés à vaincre avant de reconnaître la sténose de la trachée, sans parler de celle des bronches. Une sténose de la trachée demande pour être vue au laryngoscope une grande largeur et une liberté du larynx. Si le larynx est sténosé, il est évident que toutes les sténoses au-dessous échappent. Souvent même avec larynx libre et large, l'inspection de la trachée et des bronches est difficile et demande, pour être pratiquée avec succès, soit que le malade soit assis plus haut que le médecin, soit que le médecin se tienne à genoux, que le malade redresse la colonne cervicale ou au contraire lui donne une courbe plus accentuée en avant. Enfin il y a des personnes, des enfants surtout où l'inspection de la trachée est tout à fait impossible.

Pour différencier les sténoses du larynx d'avec celles de la tra-

chée on a souvent dû s'appuyer sur le schéma de Gerhardt, l'examen direct ne suffisant pas. Dans la sténose du larynx, la dyspnée est surtout inspiratoire, tandis que l'expiration est à peine marquée. Dans la sténose de la trachée, l'inspiration et l'expiration sont altérées, mais de préférence la dernière. La dyspnée est expiratoire dans les sténoses occasionnées par des corps libres de la trachée. L'acte inspiratoire est plus long dans la sténose du larynx que dans celle de la trachée. Un caractère très important de la sténose du larynx est l'abaissement du larynx pendant l'inspiration. Quand la trachée est sténosée le larynx ne s'abaisse pas, même dans l'inspiration forcée. La tête est fléchie en arrière dans la sténose laryngée et en avant dans la sténose trachéale. Enfin, comme symptôme secondaire, la voix est normale dans le 1<sup>er</sup> cas si le larynx n'est pas autrement altéré, et elle est mate sans timbre, dans le dernier cas. Tout ce schéma ne garantit pas contre des erreurs possibles.

Pieniazek, le maître de Mowotni, frappé de l'insuffisance des méthodes a pratiqué la trachéoscopie déjà en 1884. Le procédé technique usité par P. a été délaissé depuis les publications de Killian et n'a qu'un intérêt historique. Tous les cas de sténose du larynx et de la trachée observés depuis 1893 dans le service de P. sont publiés dans le travail de Mowotni et en forment la base. Ces observations se rapportent à des sténoses dues au sclérome, à l'anévrisme, au ganglion bronchique infiltré, à la syphilis et à la diphtérie.

Il est impossible de donner une analyse de ces observations et l'embarras est grand quand il faut choisir. C'est surtout les observations concernant le sclérome qui sont les plus intéressantes, l'auteur exerçant dans une région où le sclérome est fréquent. On reconnaît bien quel changement la technique et la thérapeutique ont éprouvé depuis que le procédé laryngoscopique a cédé la place à la trachéoscopie. Voici, du grand nombre d'observations, un exemple.

Obs. — Un homme de 52 ans a été soigné en 1885 pour la syphilis. En 1894, le malade vient consulter et l'on constate : extérieur du nez normal, fosse nasale gauche sténosée par une infiltration s'étendant du plancher sur la paroi latérale externe, fosse nasale droite remplie de croûtes desséchées, le voile du palais accolé contre le pharynx, laissant un petit espace derrière la luette, paroi du pharynx recouverte de grosses cicatrices fibreuses ; rhinoscopie postérieure impossible, épiglote normale, replis aryépiglottiques tuméfiés, de même les aryténoïdes. A chaque inspira-

tion l'aryténoïde gauche tombe en dedans ce qui est la principale cause de la sténose. La paroi antérieure du larynx porte une tumeur irrégulière recouverte de sécrétion verdâtre. La glotte, suffisamment large, mais l'intérieur de la trachée ne peut pas être inspecté. La tumeur du larynx augmente et nécessite la laryngofissure. Il n'est pas dit si ce malade a été examiné par la trachéoscopie. Le traitement a consisté dans l'introduction de tubes de Schroetter. Le décanulement n'a été possible qu'en 1900.

Le malade revient en 1902. Nez et pharynx dans le même état. Dans le larynx partout de grosses cicatrices et de nouvelles infiltrations de couleur blanc grisâtre. Dyspnée à l'inspiration et à l'expiration. On reprend les dilatations avec le tube de Schroetter. Après la 6<sup>e</sup> dilatation, grande hémorrhagie qui s'arrête au bout d'une demi-heure. La dyspnée nécessite la trachéotomie qui ne peut pas empêcher la mort survenue quelques heures plus tard.

A l'autopsie on trouve les deux poumons inondés de sang. On reconnaît que le sclérome a dépassé de beaucoup le larynx et infiltré la trachée dans sa presque totalité. Sur la paroi antérieure de la muqueuse une grande déchirure.

En opposition avec cette observation, voici une autre montrant les résultats obtenus par la trachéoscopie.

Obs. — Une femme de 40 ans se plaint depuis quatorze ans de rauçité de la voix et de dyspnée depuis quelques mois. Dans le nez, les phénomènes d'une rhinite atrophiante. Entre les fausses cordes du larynx une membrane occupant le tiers du bord libre des cordes formant une sténose très modérée. A l'auscultation des poumons, signes diffus de bronchite. Destruction de la membrane au galvano. La dyspnée ne cesse pas.

Le 2 novembre on exécute une trachéobronchoscopie supérieure. La trachée paraît intacte. Le pli de bifurcation paraît épaissi. L'entrée de la bronche gauche, réduite à une fente. La bronche droite paraît normale. La sténose de la bronche gauche est occasionnée par une infiltration. Le bronchoscope ne peut être introduit que difficilement dans la bronche gauche. Le traitement dure du 2 novembre 1903 au 14 mai 1904, et pendant ce temps la bronchoscopie supérieure a été exécutée onze fois. Par les différentes introductions, on dilate la bronche et on curette à plusieurs reprises des granulations. Pendant que la malade séjournait à la clinique la bronche droite a commencé à s'infiltrer également. Même traitement et grande amélioration de la malade.

Le sclérome est une maladie rare encore en France et nous ne

pouvons pas insister plus longuement sur l'analyse des autres observations. Quant aux observations sur les sténoses occasionnées par la syphilis, dont l'analyse détaillée est impossible elles ont fourni à Mowotni l'occasion des remarques générales suivantes.

Les sténoses syphilitiques de la trachée paraissent rares et sont dues à une syphilis particulièrement maligne. La trachée n'est pas seule attaquée et on peut constater en même temps des sténoses du larynx et des bronches. L'infiltration diffuse est relativement plus fréquente et peut occuper toute la continuité de la trachée et des bronches. Pendant qu'une partie de l'infiltration se transforme en ulcération une autre partie peut subir une transformation fibreuse et conduire à la formation de cicatrices radiaires. La sténose peut aussi être occasionnée par infiltration du tissu péri-trachéal et péri-bronchique. Le traitement de la syphilis trachéale dans cette période est très difficile. S'il s'agit d'une gomme isolée occasionnant rapidement une sténose, le pronostic est encore relativement le meilleur parce que le malade consulte à temps. Quand l'infiltration est diffuse un traitement même énergique ne peut pas garantir contre les cicatrices sténosantes. Dans ces cas-là, la dilatation s'impose. Si la sténose trachéale se complique de sténose bronchique, la guérison est très difficile.

Il est également impossible de reproduire les observations concernant la sténose trachéale par anévrisme de l'aorte. Ce sont généralement des cas absolument malheureux et nécessitant la trachéotomie malgré la quasi-certitude de la terminaison fatale par usure, par compression. La trachéotomie prolonge la vie de quelques jours, mais offre le grand avantage de permettre la rectification d'un faux diagnostic, avec un néoplasme par exemple où la trachéotomie devient directement salutaire. La trachéoscopie supérieure paraît complètement contre-indiquée dans ces cas-là.

Un beau triomphe de la sérothérapie de la diphtérie. A la clinique Pieniazek, les sténoses consécutives aux ulcérations diphtériques de la trachée et des bronches n'ont plus été observées, depuis l'introduction du sérum. Aujourd'hui on voit seulement des sténoses dues à l'intubation ou à la trachéotomie et facilement accessibles par la trachéoscopie supérieure. LAUTMANN.

**Qu'est-ce que l'attaque du son ?** par BUKOFZER (*Archiv. fur laryng.*, tome XVII, n. 3.)

L'auteur qui a écrit un article sur l'hygiène de l'émission du

son (analysé *Annales*, tome XXXI, page 447) entre aujourd'hui dans une étude de terminologie sans intérêt pour les lecteurs non allemands. Mais ce qu'il faut signaler est l'index bibliographique montrant combien est grand le nombre des professeurs de chant croyant pouvoir résumer leur méthode dans un livre.

LAUTMANN.

**Quelques remarques sur le prolapsus du ventricule de Morgagni,**  
par S. MÜLLER (*Archiv. für Laryngologie*, tome XVII, n. 3.)

Retenons de ce très court article seulement la classification. On distingue : 1° le prolapsus complet, l'inversion du ventricule, fait exceptionnel, peut-être hypothétique (2 cas Morell, Mackenzie); 2° prolapsus par traction d'une tumeur; 3° faux prolapsus imité par des tumeurs (kyste de rétention, angiomyxome); 4° prolapsus partiel par surmenage de la voie; 5° tuméfaction inflammatoire simulant des prolapsus. Littérature internationale de la question.

LAUTMANN.

**Traitement des papillomes du larynx,** par KOELHEUTTER (*Monatsch. für Ohrenheilkunde*, n° 41, 1905.)

Un homme de 31 ans était porteur de papillomes du larynx. Malgré toutes les interventions les papillomes récidivent. Après une dernière opération, on ordonne au malade la liqueur de Fowler. Un mois après le malade était complètement guéri et il n'y a pas eu de récurrence depuis.

Chez une petite fille de 5 ans on opère des papillomes sous chloroforme. Les tumeurs récidivent. Les examens nécessaires sont très difficiles. Malgré l'emploi de l'arsenic la pousse de papillomes continue. Killian essaye une dernière intervention sans plus de succès. On essaye maintenant l'iodure de potassium, l'enfant prend trois fois par jour deux gouttes d'une solution de 10 0/0.

Depuis ce temps-là régression manifeste de toutes les tumeurs. L'enfant refuse l'iodure de potassium, on le remplace par l'iodipine, l'enfant guérit complètement et obtient une excellente note pour le chant !

A propos de ces observations, notre auteur a recherché le traitement des papillomes et des tumeurs semblables par la médication interne. Hunter et Dundas Grant ont chacun guéri un cas de papillomatose du larynx par l'emploi de l'arsenic. Parmi les dermatologistes, nombreux sont les auteurs qui ont obtenu de bons résultats de l'emploi de l'arsenic dans le traitement des

verruës. Il est bon de savoir que dans une maladie aussi rebelle au traitement chirurgical, un traitement simple comme celui indiqué par notre auteur peut donner de bons résultats. Il est certainement préférable de suivre cette façon d'agir que d'imiter Clubbe qui chez un garçon de 4 ans a exécuté dix-sept fois la thyrotomie dans l'espace de trois ans.

LAUTMANN.

**La tuberculose des ganglions pré-laryngés**, par Most (*Archiv. für Laryngologie*, n° 17.)

La tuberculose ganglionnaire du cou se localise dans les ganglions cervicaux, sous-maxillaires, sous-mentaux. Les autres localisations sont infiniment plus rares. Voici une observation concernant une tuberculose des ganglions pré-laryngés.

Un tailleur de 19 ans a été opéré en 1903 pour des ganglions tuberculeux cervicaux des deux côtés. En décembre 1904, récidive à gauche. Au-devant du ligament conique dans la moitié inférieure du cartilage thyroïde, existe une petite tumeur dure, d'un diamètre de 3 à 4 centimètres entièrement fixée à sa base sans trop se différencier du le voisinage. La peau couvrant la tumeur est intacte, la tumeur gêne le malade par la pression sur le larynx. Dans la suite la voix du malade devient rauque. Boenninghaus qui examine à ce moment le malade trouve : corde vocale droite rouge et tuméfiée dans sa partie antérieure, un peu paresseuse dans les mouvements. Au-dessous de la commissure antérieure, une petite granulation de la grosseur d'un petit pois regardant dans l'intérieur du larynx à peu près à la hauteur de la tumeur pré-laryngée. A l'opération, on enlève deux ganglions complètement caséifiés, un peu plus grands qu'une amande, légèrement liés entre eux et un adhérent au ligament conique. Après ablation du ganglion, on voit une fistule conduisant dans l'intérieur du larynx. Dans une deuxième opération, on fend la fistule, on gratte la granulation dans l'intérieur du larynx. La fistule se ferme au bout de deux semaines. Malheureusement les progrès de la laryngite tuberculeuse après l'opération sont rapides.

Des recherches dans la littérature ne sont pas très fructueuses. M. Schmidt mentionne l'abcès froid originaire du ganglion pré-laryngé. Morestin a observé 4 cas à Paris. Une fois un homme vigoureux, non tuberculeux se présente avec suppuration reconnue tuberculeuse des ganglions pré-laryngés et du ganglion situé à la bifurcation de la carotide. Une autre la tuberculose du ganglion pré-laryngé a frappé un malade de Morestin qui était exempt de tuberculose laryngée. Le troisième malade, un enfant scrofuleux

avait un ganglion pré-laryngé de la grosseur d'une noisette et un autre pré-trachéal. Pas de laryngite. Enfin dans un 4<sup>e</sup> cas un tuberculeux portait une cicatrice provenant sans aucun doute d'un ganglion pré-laryngé.

Ce ganglion pré-laryngé est mieux connu des anatomistes. Il se trouve généralement un ou deux petits ganglions sur le ligament conique dont le vaisseau afférent traverse le ligament. La région tribulaire de ce ganglion comprend la partie antérieure sous-glottique du larynx.

Most dit que ces ganglions sont très souvent atteints dans la tuberculose du larynx quand ils existent. L'infection peut se résumer dans des lésions microscopiques seules. Le diagnostic différentiel devra se faire avec des parties aberrantes de la glande thyroïde, ou avec le processus pyramidal impair de la glande thyroïde, excessivement fréquent d'après von Eisesberg.

Enfin une confusion pourrait se faire avec la périchondrite externe. Si pour Morestin le pronostic est bon, l'absence exceptionnelle de laryngite dans ces 4 cas expliquera son optimisme. Pour Most le pronostic dépend de l'état général et surtout de l'état du larynx.

LAUTMANN.

#### IV. — PHARYNX

**Thrombose purulente du sinus caverneux et méningite basilaire consécutives à une angine et à une pharyngite phlegmoneuse,** par TOLLENS (*Archives of otology*, vol. XXXIII, n° 6).

Homme de 19 ans, admis à l'hôpital au troisième jour d'une affection de la gorge avec douleur de la nuque, céphalée, gonflement et rougeur de la joue droite s'étendant jusque derrière l'oreille. Les pupilles réagissent et il n'y a rien au fond de l'œil. Gonflement de l'amygdale droite et de la moitié droite de la paroi postérieure du pharynx : une incision ne donne pas de pus.

Dès le lendemain le gonflement a augmenté à la joue, il y a de la protusion du globe oculaire droit avec chémosis et plantation de la pupille. Une paracentèse du tympan reste blanche. Puis les deux yeux deviennent également saillants, il apparaît des symptômes nets de la méningite et le malade succombe cinq jours après son entrée.

A l'autopsie, méningite de la base et thrombose du sinus caverneux droit et des vaisseaux qui s'y rendent avec intégrité des



sinus latéraux et longitudinal supérieur. Il y a du pus dans les deux veines ophtalmiques. Petits abcès aux deux sommets des poumons et nombreuses embolies dans les reins.

Il y a lieu d'insister sur la rapide évolution des cas et la rareté de cette complication des angines graves. M. LANNOIS.

**Remarques sur les plaies pénétrantes du cou dues aux instruments tranchants**, par HENRICHSSEN (*Archiv. für laryngologie*, t. XVII, Bd II.)

Les plaies du cou faites par instruments tranchants sont, autant qu'elles ne sont pas dues au bistouri du chirurgien, du domaine de la médecine légale. Elles doivent leur existence aux tentatives de suicide, rarement au meurtre, plus rarement encore à la guerre ou à l'accident. Les médecins légistes évaluent le pourcentage des tentatives de suicide par armes tranchantes à  $3\frac{1}{2}\%$ .

Le diagnostic ne fait pas de difficulté généralement. Le pronostic est généralement bon. Même les cas qui doivent guérir avec sténose de la trachée ont actuellement de bonnes chances de survie. Le traitement comporte l'arrêt de l'hémorrhagie et l'assurance d'une respiration libre. On obtient généralement ce résultat double par l'introduction d'une canule par la plaie trachéale. Tous les chirurgiens conseillent aujourd'hui de suturer la plaie après introduction d'un drain. L'alimentation du malade se fait par le rectum pendant les premiers jours ou par une sonde œsophagienne.

La complication redoutable est la formation de la sténose trachéale. Elle se développe assez rapidement, quelquefois dans les deux premières semaines qui suivent l'accident, quelquefois au bout de un ou deux mois. Il est à recommander de laryngoscopier le malade dès le début du traitement pour surprendre la formation de cette sténose.

Quand la sténose est établie, on peut avoir recours à la méthode conservatrice, ou faire appel à une des opérations préconisées ; laryngo-trachéo-fissure et excision du diaphragme ou résection. La résection peut-être considérée comme le dernier perfectionnement du traitement chirurgical. Elle est surtout due au talent de Glück ; mais, avant lui, les deux élèves de Billroth, von Eiselsberg et von Hacker l'ont plusieurs fois exécutée.

LAUTMANN.

**Les polypes pileux du pharynx et leur genèse, par REUTER (Ems)**  
(*Archiv. für laryngologie*, t. XVII, Bd II.)

A ce qu'il paraît, la littérature sur les polypes pileux du pharynx est difficile à constituer. Pour éviter aux autres les recherches ennuyeuses, Reuter analyse dans son mémoire toutes les observations connues sur ce sujet et il ajoute un cas personnel. Nous ne reproduisons pas ses analyses et préférons résumer d'après Reuter le tableau clinique.

Les polypes pileux du pharynx sont toujours pédiculés. Quelquefois le pédicule est si mince que la tumeur s'ampute seule ou suit la moindre traction. Ils ont une forme variable, oviforme, pyriforme, etc. Leur revêtement a les caractères du derme et porte presque toujours des poils, des glandes cérumineuses et très souvent des glandes sudoripares. Le polype est constitué par un tissu fibreux de la graisse et des vaisseaux. Parfois on trouve des inclusions musculaires et cartilagineuses. Leur siège a été trouvé le plus souvent derrière le voile du palais et, probablement par un effet du hasard, sur le côté gauche seulement. L'insertion avant le voile sur le palais, sur le pilier ou un autre endroit du pharynx est rare. Dans ces derniers cas, il se trouve quelquefois d'autres malformations, mais, généralement, les porteurs de ces polypes n'ont aucune tare héréditaire, quoique la nature congénitale de ces tumeurs soit hors de doute.

Ces tumeurs sont reconnues assez tôt. Sur les 19 cas connus, sept fois les enfants étaient âgés de moins de 10 jours, quelquefois le sujet avait dépassé l'enfance avant de présenter les premiers troubles. Il est probable que ces polypes n'ont pas un développement post-génital. Les troubles qu'ils occasionnent se présentant chez des bébés, se marqueront par les troubles respiratoires et les troubles de succion. Il est possible qu'ils deviennent dangereux pour la vie, quoique aucun cas de mort par polypes pileux ne soit connu. Le traitement consiste en l'ablation. Hémorragies et récurrences n'ont pas encore été observées. Leur genèse nous est absolument inconnue. Il est probable qu'il s'agit là de tumeurs analogues au kyste dermoïde. Notre auteur les considère comme des épignathes.

LAUTMANN.

**Un cas de sarcome primitif de l'amygdale gauche traité par les rayons de Roentgen, par SANTI PUSATERI (*Giornale del R. Acad. di medic. di Torino*, juillet-août 1905, nos 7 et 8, p. 627).**

Ce cas de sarcome de l'amygdale gauche, avec métastase gan-

gionnaire cervicale, observé chez un homme de 48 ans, fut tout d'abord cliniquement guéri par l'application des rayons X. Mais bientôt la tumeur gagna l'amygdale droite et les ganglions cervicaux se prirent de nouveaux : vingt-et-un mois après le début de la maladie, le malade succomba.

A l'autopsie on trouva une énorme tumeur cervicale s'étendant jusqu'à la région antérieure du thorax et à l'épaule droite, d'aspect lardacé, avec métastase dans l'aisselle, le corps thyroïde, le myocarde, le foie, l'estomac. Les amygdales étaient atrophiées.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes ; dans les amygdales il y avait quelques îlots de tissu lymphoïde, tout le reste était transformé en un tissu conjonctif montrant de la dégénérescence hyaline et de la sclérose fibreuse, avec de nombreux vaisseaux oblitérés.

Les rayons X avaient donc été efficaces sur les parties superficielles de la tumeur (amygdales), inefficaces sur les métastases profondes.

M. BOULAY.

**Sur l'arrosion de la carotide dans les abcès péri-tonsillaires**  
par Paul LEBRAM (*Zeitsch. für Ohrenheilkunde*, t. LI, n° 1).

L'arrosion de la carotide comme complication d'un abcès péri-tonsillaire est certainement plus rare que ne le laissent croire les grands manuels de chirurgie. Son diagnostic nous paraît excessivement difficile. Lebram, en cherchant avec beaucoup de peine, a trouvé 23 cas auxquels il ajoute deux personnels observés dans le service de Hinsberg. Nous résumerons la première de ses observations qui peut être considérée comme typique pour les difficultés que l'on rencontre dans le diagnostic de cette complication. Ludmilla J., une enfant de 9 ans, était de santé excellente, à part une scarlatine guérie sans complications, jusque vers le milieu de novembre 1902, où elle a fait une maladie avec fièvre, se plaignant de maux de gorge. Soignée, dès le début de sa maladie, par un docteur, elle a été envoyée, le quinzième jour de sa maladie, à la clinique Hinsberg avec le diagnostic de : sarcome et arrosion du sinus ?

La malade avait des hémorrhagies par la bouche, le nez et l'oreille droite depuis trois jours.

A l'examen on trouve : pouls 120, température 38,6, anémie profonde ; à droite, sous le rebord du maxillaire inférieur et le sterno-mastoldien, allant vers la ligne médiane, une tumeur dure, sensible, sans fluctuations. Dans le conduit droit, des granulations et des coagulats. Le voile à droite poussé en avant par une

tumeur donnant indistinctement de la fluctuation. Par incision de la tumeur on fait sortir des coagulats mélangés probablement à du pus, mais pas de sang liquide. Dans la nuit suivante, hémorrhagie profuse par la bouche.

Après un nettoyage du conduit et après grattage des granulations, on constate sur la paroi antéro-inférieure du conduit une fistule. Le tympan est intact.

L'hémorrhagie se répétant dans la journée, le professeur Hénel procède à la ligature de la carotide commune et de la jugulaire interne. Dans la nuit suivante se développe une hémiplegie gauche complète. Dans la suite, la fièvre remonte, mais l'état général de l'enfant s'améliore. Lentement, tous les phénomènes morbides disparaissent. Le 24 décembre, l'enfant peut être considérée comme sauvée, et dans la suite l'hémiplegie disparaît, laissant une légère parésie du facial.

En étudiant la filiation des événements, Lebram croit qu'une angine du début a amené la formation d'un abcès péri-tonsillaire ; la suppuration a envahi les tissus cellulaires du pharynx et, après infection des ganglions régionnaires, a attaqué la carotide interne. Il s'est formé un pseudo-anévrisme dans la cavité de l'abcès qui, donnant lieu à une vaste tumeur avec hémorrhagies, a pu faire croire à l'existence d'un sarcome.

La deuxième observation, moins longtemps suivie, est encore plus obscure. Il s'agit d'un enfant de 2 ans qui a présenté une tuméfaction des ganglions, une sécrétion mélangée de sang et de pus, par l'oreille, une légère tuméfaction du voile. Une incision de cette tuméfaction a amené la mort subite de l'enfant par hémorrhagie.

A la suite de ses observations personnelles, l'auteur résume les observations trouvées dans la littérature. De tous ces cas l'auteur déduit le tableau suivant. Tous les cas ont en commun la tuméfaction parfois énorme des ganglions régionnaires, surtout sous-maxillaires. Si les ganglions se ramollissent, il peut se former un abcès péri-auriculaire, et celui-ci peut faire irruption dans le conduit. Un certain nombre des cas empruntent des symptômes aux vrais anévrismes : pulsations caractéristiques, bruit systolique vibrant (Thrill).

Pour le diagnostic différentiel, l'hypothèse d'une néoplasie avec métastase dans les ganglions se présente en premier. Dans les cas douteux, une biopsie est nécessaire, et le deuxième cas de l'auteur montre qu'il faut faire cette biopsie au niveau des ganglions et non pas de la tumeur pharyngée.

Une infection auriculaire avec pyémie, de même que la syphilis, se reconnaîtra plus facilement.

Pour le diagnostic complet reste à reconnaître si la carotide est arrosée ou non. La réponse est facile s'il y a eu hémorrhagie, de même si on s'est laissé entraîner à l'incision de la tumeur pharyngée par la sortie des coagulats ou même de sang liquide.

Avec la paroi de l'abcès intacte, la constatation des symptômes pseudo-anévrismatiques suffira.

Dans tous les 25 cas, le diagnostic n'a pu être fait que pour 1/5 des cas à peu près. Le pronostic est excessivement grave puisque 9 seulement des 25 cas ne se sont pas terminés par la mort. Celle-ci a été provoquée onze fois par l'hémorrhagie spontanée et deux fois par incision chirurgicale. On voit que l'incision d'un abcès péri-tonsillaire peut préparer des surprises au praticien.

S'il y a le moindre doute sur la possibilité de l'arrosion de la carotide, l'ouverture de l'abcès péri-tonsillaire ne devra se faire que dans une maison de santé, car la ligature de la carotide commune pourra devenir nécessaire. Ajoutons qu'un cas analogue publié par Klug dans les *Annales* (tome XXX, 1904) : abcès rétro-pharyngé et érosion de la carotide, échappé aux recherches de Lebram, est là pour prouver le bien fondé de ses précautions.

LAUTMANN.

**Télangiectasies multiples de la peau et des muqueuses du nez et de la bouche, par BROWN KELLY (*Revue hebdomadaire de laryng.*, etc., 28 avril 1906).**

C'est une affection excessivement rare, puisque l'auteur n'a pu en trouver que 8 cas dans la littérature médicale. Il y ajoute deux observations personnelles.

Il s'agit de deux sœurs dont le père était atteint d'épistaxis et de vomissements et avait sur la figure des taches analogues. L'une d'elle a une fille qui a des épistaxis et quelques télangiectasies sur la face.

La première a eu des épistaxis dès son enfance, qui diminuèrent lors de la menstruation et du mariage. Vers 29 ans apparurent des plaques rouges sur les joues, les lobes des oreilles, la lèvre supérieure et les doigts; elles persistèrent toujours. Petits points rouges sur la muqueuse des cornets moyen et inférieur et sur la partie antérieure de la cloison. Pas d'hémophilie. Mort par syncope hémorrhagique.

La seconde présente une histoire à peu près semblable, avec des télangiectasies labiales et linguales. Pas d'hémophilie.

Kelly estime que ces taches rouges sont des télangiectasies à cause de l'aspect, de la permanence des formations vasculaires et des examens post-mortem.

C'est une affection familiale. L'épistaxis est la première manifestation et commence dans l'enfance ; aggravation vers 40 ans ; apparition sans cause ; elle peut déterminer une syncope.

Les télangiectasies apparaissent vers l'âge moyen ; leur siège est les joues, les lèvres, les oreilles, le nez, les doigts, plus rarement le cuir chevelu. Elles se manifestent d'abord sur la peau comme des piqures d'épingles, à quelque distance de la surface cutanée, puis elles atteignent 3 à 4 millimètres, et deviennent proéminentes. Elles ne disparaissent pas par la pression et persistent toujours. Un fin réseau vasculaire avec connexions avec les télangiectasies voisines est visible au-dessous de la peau.

Il y a aussi des télangiectasies buccales (lèvres, langue, joues...), des télangiectasies nasales (cornet inférieur, moyen, septum).

Aucune tare constitutionnelle. Examen du sang négatif.

Comme traitement, on a essayé, avec des succès variables, le chlorure de calcium, la gélatine, les cautérisations, le tamponnement, etc.

A. HAUTANT.

**De l'abcès rétro-pharyngien chez les enfants et chez les adultes,**  
par N. TAPTAS (*Revue hebdomadaire de laryng., otol. et rhin.*,  
21 avril 1906).

Taptas a eu à traiter un abcès rétro-pharyngien chez un homme de 65 ans. Il dut tout d'abord lui faire une trachéotomie, et pour cela il utilisa l'espace thyroïdien. L'abcès fut incisé au bistouri. La déglutition étant impossible, le malade fut nourri à l'aide d'une sonde passée par les narines. La canule put être enlevée le second jour, mais l'infiltration du larynx disparut fort lentement. Les parois de l'abcès restaient décollées, et il fut nécessaire de les sectionner pour en faire disparaître les culs-de-sac. La sonde œsophagienne dut rester à demeure pendant deux mois et demi. Trois mois après, le malade crachait encore du pus provenant probablement de la région cricoïdienne. Une incision le long du muscle sterno clويدo-mastoïdien ne put en faire découvrir l'origine. Guérison.

A la suite de cette observation, Taptas refait l'histoire de l'abcès rétro-pharyngien. Il les distingue des latéro-pharyngiens et insiste sur leur thérapeutique différente. Il préconise uniquement

l'incision médiane contre les rétro-pharyngiens ; il en a incisé ainsi vingt-neuf qui tous ont guéri. La voie externe est, au contraire, indiquée pour les abcès latéro pharyngiens, sauf si la poche fait une saillie forte vers le pharynx.

A. HAUTANT.

**Diphtérie du larynx, du pharynx, du nez, des conjonctives, de la caisse tympanique et du conduit auditif gauches. Guérison du processus diphtérique. Persistance d'otorrhée gauche abondante et fétide. Opération radicale. Guérison définitive,** par BOBONE (*Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et rhinologie*, 7 avril 1906.)

Diphtérie à localisations multiples ayant envahi le larynx, le pharynx, le nez, les conjonctives, la caisse et le conduit auditif gauches. Le processus diphtérique disparu, il persista une otorrhée, qui nécessita une opération radicale.

Dans l'autre il y avait seulement quelques granulations. Evidement. Fermeture de l'orifice postérieur. Tamponnement de la cavité. Epidermisation en quarante-deux jours.

A. HAUTANT.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Studien uber die Baktériologie der amton mittelhrentuindung, par KARL SÜPLE (Extr. de *Centralbl. f. Bakteriol.*, Bd. XLII, G. Fischer, éditeur, Iéna, 1906).

Transactions of the otological Society of the united Kingdom, publié par JOSEPH HORNE, Churchill, éditeur, Londres, 1906.

Cerebral and ophthalmic complicationes in sphenoidal sinusitis, par SAINT-CLAIR THOMPSON (Extrait de *Transactions of the medical Society of London*, Harrison and Sous, Saint-Martin's Lawe W.-C., Londres, 1906).

VIN DE CHASSING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

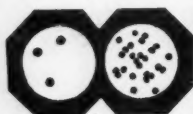
POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

**Benzocalyptol** (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (*Voir aux Annonces*).

## CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



## HÉMOGLOBINE DESCHIENS

FER ORGANIQUE VITALISÉ, OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE  
La seule contenant les oxydases du sang.  
ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, DÉBILITÉ. — *Sirop, Vin, Granulé.*



## OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS  
Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :  
**ECZÊMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES**, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

## CÉRÉBRINE (Coca-Théine analgésique Panodol) MIGRAINES

et des NÉURALGIES REBELLES  
E. FOURNIER, 21, Rue de St-Petersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

Le Gérant : MASSON et C<sup>ie</sup>.



IS

.

